

Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma

MEM-TP

***MODUŁ DODATKOWY 2***

***SPECYFICZNE PROBLEMY ZDROWOTNE***

***CZĘŚĆ 3: ZDROWIE PSYCHICZNE***

***Wytyczne dla prowadzących***

*Przygotowanie:*

*Mª Victoria López Ruiz*

*Andalusian School of Public Health*

*Adaptacja:*

*Roman Topór-M¹dry*

*T³umaczenie:*

*Kinga Sorkowska-Cieœlak*

© European Union, 2015

For any reproduction of textual and multimedia information which are not under the © of the European Union, permission must be sought directly from the copyright holders.

© Cover Illustrations: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.



**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**



Funded by the European Union in the framework of the EU Health Programme (2008-2013) in the frame of a service contract with the Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate from the European Commission. The content of this report represents the views of the Andalusian School of Public Health (EASP) and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body in the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this report, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

**Moduł dodatkowy 2, Specyficzne problemy zdrowotne**

**Część 3: Zdrowie psychiczne**

**1. Cele i metody**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas** | **Cele** | **Rodzaj aktywności** | **Pomoce dydaktyczne i źródła** |
| 5 minut | Wyjaśnienie celów części 3. | Wyjaśnianie celów części 3. | Projektor, laptop, ekran. |
| 30 minut | * Wyjaśnienie ogólnych wzorców psychicznych problemów zdrowotnych w populacji migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów. * Poinformowanie o epidemiologii problemów zdrowia psychicznego migrantów i mniejszości etnicznych, w tym Romów, w Europie oraz w jaki sposób instytucje UE mogłyby rozwiązać te problemy. | Prezentacja “Zdrowie psychiczne” i pytania | Projektor, laptop, ekran. |

**2. Prezentacja**

**Slajd 1:** Strona tytułowa

**Slajd 2:** Plan sesji

**Slajd 3:**  Zielona Księga Unii Europejskiej o zdrowiu psychicznym[[1]](#footnote-1) oraz raport Światowej Organizacji Zdrowia - Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji o zdrowiu migrantów[[2]](#footnote-2) z 2010 roku uznają migrantów za grupy szczególnie narażone na ryzyko zaburzeń psychicznych w Europie. Biorąc pod uwagę różnorodność populacji migrantów, oraz różnorodność systemów zdrowia psychicznego w Europie, ta prezentacja dokonuje przeglądu aktualnego stanu wiedzy na temat zdrowia psychicznego uchodźców i azylantów. Uchodźcy i azylanci, wraz z  migrantami o nieuregulowanym statusie, są uważani za szczególnie narażonych na ryzyko, z powodu przeszłych i obecnych problemów[[3]](#footnote-3).

**Slajd 4:** Jednak¿e migracja sama w sobie nie jest uwa¿ana za przyczynê choroby psychicznej, ale stresuj¹ce wydarzenie. I tak, proces migracji zosta³ wyjaœniony jako model sk³adaj¹cy siê z siedmiu strat: przyjació³ i rodziny, jêzyka, kultury, ojczyzny, utraty statusu, utraty kontaktu z grup¹ etniczn¹ i nara¿enie na zagro¿enie fizyczne. Gdy proces ten staje siê problemem dla zdrowia psychicznego, mówimy o **¿a³obie migracyjnej[[4]](#footnote-4)**.

**Slajd 5:** Nale¿y zebraæ wszystkie czynniki zwi¹zane z ¿a³ob¹ migracyjn¹ w dokumentacji medycznej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumentacja medyczna: pozycje do wype³nienia przez migrantów** | |
| **Przed migracj¹** | Przyczyny (np. student, ekonomiczne, polityczne)  Przygotowanie  Grupowo czy pojedynczo  Stopieñ kontroli nad migracj¹ |
| **Migracja** | Jak dawno temu? Dlaczego?  Wiek w dniu przyjazdu? Ewentualny powrót czy pobyt na sta³e? Status azylanta? Dotychczasowe doœwiadczenia |
| **Po migracji** | Aspiracja / Osi¹gniêcie  Akulturacja i dostosowanie  Postawy wobec nowej kultury  Postawy nowej kultury  Dostêpne wsparcie |
| **Przeprowadzaj¹cy wywiad** | Wartoœci w³asne, uprzedzenia  Zdawanie sobie sprawy z atutów w³asnej kultury i jej s³aboœci |

**Slajd 6:** Żałoba migracyjna spełnia następujące właściwości: jest częściowa i powtarzająca się, jest związana z głęboko zakorzenionymi infantylnymi aspektami i wielokrotna. Powoduje zmianę tożsamości i regresji psychologicznej i składa się z kilku faz. Podczas jej rozwoju występują różne mechanizmy obronne i strategie poznawcze. Towarzyszy jej ambiwalencja. z powodu żałoby cierpią rdzenni mieszkańcy i ci pozostający w kraju pochodzenia także. Powrót migrantów to nowa migracja. Żałoba przechodzi z pokolenia na pokolenie[[5]](#footnote-5).

**Slajd 7:** Friedli[[6]](#footnote-6) mówi, ¿e "Poziom zaburzeñ psychicznych wœród spo³ecznoœci nale¿y rozumieæ mniej w kategoriach indywidualnego problemu zdrowotnego, a bardziej jako odpowiedŸ na relatywn¹ deprywacjê i niesprawiedliwoœæ spo³eczn¹, która wyczerpuj¹ emocjonalne, duchowe i intelektualne œrodki niezbêdne do dobrego samopoczucia psychicznego". Spo³ecznymi uwarunkowaniami zdrowia psychicznego w mniejszoœciach etnicznych s¹ bezrobocie, warunki mieszkaniowe, dochody i korzyœci oraz edukacja[[7]](#footnote-7). Ta sytuacja musi byæ brana pod uwagê, gdy mówimy o zdrowiu psychicznym osób z doœwiadczeniem migracyjnym.

**Slajd 8:** Wiêkszoœæproblemów zdrowia psychicznego migrantów jest taka sama jak w populacji natywnej (depresja, lêk, schizofrenia, samobójstwa, uzale¿nienia i stres). Jednak¿e istniej¹ **Zespoły Uwarunkowane Kulturowo[[8]](#footnote-8)**:

* **Œmieræ voodoo**: Nienaturalne choroby i œmieræ wynikaj¹ce z mocy ludzi, którzy u¿ywaj¹ z³ych duchów (w œmieræ voodoo wierz¹ osoby wywodz¹ce siê z kultury afrykañskiej, która dotar³a do Ameryki w okresie niewolnictwa)
* **Z³e oko:** problemy zdrowotne, takie jak wymioty, gor¹czka, biegunka i problemy psychiczne (np, lêk, depresja), mog¹ce wynikaæ ze z³ego oka, których przyczyn¹ by³o spojrzenie innej osoby. Ten stan jest powszechny wœród niemowl¹t i dzieci; ale doroœli mog¹ równie¿ doœwiadczaæ podobnych objawów wynikaj¹cych ze "z³ego oka" (wiara w z³e oka wywodzi siê z kultury afrykañskiej, która dotar³a do Ameryki w okresie niewolnictwa)
* **Dhat:** Skrajny niepokój zwi¹zany z poczuciem os³abienia, wyczerpania i ubytku nasienia (Wschodnie Indie, Chiny, Sri Lanka)
* **Koro:** ci¹gniêcie penisa (w przypadku kobiety sromu i sutków), wynikaj¹ce z obawy wci¹gniêcia penisa do cia³a i spowodowania œmierci (Azjaci)

W ostatnich latach du¿a liczba nielegalnych imigrantów afrykañskich dotar³a do wybrze¿y po³udniowej Europy, szczególnie krajów œródziemnomorskich. Zaryzykowali swoje ¿ycie rozpoczêciem niebezpiecznych i czêsto wstrz¹saj¹cych podró¿y morskich. Doœwiadczenia z tych podró¿y mog¹ byæ zwi¹zane z objawami depresyjnymi i symptomami dysocjacji obecnymi u migrantów w dniu przyjazdu w kraju gospodarza5.

**Slajd 9-10:** Tubylcy i potomkowie imigrantów nie różnią się znacząco w profilu ryzyka depresji[[9]](#footnote-9). Ludzie z doświadczeniem migracji wykazują wyższy poziom depresji, a ci, którzy urodzili się poza Europą, cierpią najbardziej. Polityka krajowa integracji migrantów nie wydaje się zmniejszać przygnębienia u osób z doświadczeniem migracyjnym, ani też nie daje pośredniego korzystnego wpływu na zdrowie poprzez zmniejszanie barier w integracji[[10]](#footnote-10). Depresja u migrantów charakteryzuje się wyższym współwystępowaniem (głównie pod postacią somatyczną i zaburzeń lękowych), wyższym stopniem ciężkości oraz jednorazowym, przewlekłym przebiegiem[[11]](#footnote-11).

**Slajd 11:** WskaŸnik samobójstw w grupie migrantów jest wy¿sze ni¿ w grupie osób bez t³a migracyjnego. Jest to szczególnie widoczne wœród migrantów z krajów, gdzie ryzyko samobójstw s¹ szczególnie wysokie, takich jak pó³nocna i wschodnia Europa. M³ode kobiety migruj¹ce z Turcji, Afryki Wschodniej i Azji Po³udniowej s¹ grupie najwy¿szego ryzyka[[12]](#footnote-12). Migracja jest jednym z kilku czynników, które przyczyniaj¹ siê do zró¿nicowania ryzyka samobójstw w krajach europejskich. Migranci do krajów europejskich s¹ czêsto w gorszej sytuacji pod wzglêdem spo³eczno-ekonomicznym, w porównaniu z urodzonymi w lokalnej populacji. Co wiêcej, mogli oni doœwiadczyæ ciê¿kiego stresu przed i podczas migracji, mog¹ byæ te¿ póŸniej ofiarami dyskryminacji i marginalizacji. Mo¿na podejrzewaæ, ¿e migranci bêd¹ konsekwentnie wykazywaæ znacznie wy¿sze ryzyko samobójstw w porównaniu z lokalnymi populacjami, bior¹c pod uwagê te niekorzystne warunki, stres i ewentualnie gorszy dostêp do opieki psychiatrycznej. Metaanalizy wspieraj¹ hipotezê, ¿e ryzyko samobójstwa wœród migrantów zale¿y w znacznym stopniu od czynników kulturowych oraz ryzyka samobójstw w krajach pochodzenia.

**Slajd 12-13-14:** Ryzyko schizofrenii i reakcji psychotycznych jest wy¿sze w przypadku migrantów z Afryki i Karaibów[[13]](#footnote-13). W ostatniej dekadzie XX wieku odnotowano bezprecedensowy wzrost liczby raportów w literaturze psychiatrycznej dokumentuj¹cych wzrost wskaŸnika chorób psychotycznych wœród migrantów w wielu krajach europejskich. Nierównoœci spo³eczne, rozdzielanie rodzin i urbanizacja wydaj¹ siê byæ g³ównym powodem zwiêkszonych wskaŸników. Stres wynikaj¹cy z samego procesu migracyjnego mo¿e mieæ znaczenie w niektórych krajach, gdzie azylanci i uchodŸcy stanowi¹ najwiêksz¹ grupê imigrantów.

Wiedza na temat **uzale¿nieñ** u migrantów w Europie jest ograniczona ze wzglêdu na brak danych.

Trudnoœci jêzykowe, brak wiedzy, strach przed utrat¹ prawa pobytu lub kulturowe zrozumienie przyczyn i leczenia na³ogów, to tylko niektóre z barier opieki zdrowotnej dla migrantów.

Projekt SRAP[[14]](#footnote-14) w ramach profilaktyki bada procesy, które ³¹cz¹ m³odzie¿ romsk¹ z u¿ywaniem narkotyków i zosta³ przeprowadzona w 6 krajach: W³oszech, Hiszpanii, Francji, Bu³garii, Rumunii i S³owenii.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) bada³o interwencje profilaktyki narkomanii w "mniejszoœciowych grupach etnicznych" w 29 krajach europejskich. Jest to publikacja[[15]](#footnote-15), która zawiera szczegó³owe informacje na temat 33 interwencji, które zosta³y zg³oszone do badania i omawia kwestie poruszone przez nie i przez proces zbierania danych.

Palenie tytoniu w Unii Europejskiej uwa¿a siê za wa¿ny wk³ad do nierównoœci w dziedzinie zdrowia. Istnieje wyraŸny gradient spo³eczny jeœli chodzi o palenie w UE. Wiêksza czêstoœæ palenia wystêpuje w mniej uprzywilejowanych grupach spo³eczno-demograficznych, zale¿na jest od poziomu wykszta³cenia, statusu spo³eczno-ekonomicznego i innych czynników, takich jak status mniejszoœci grupy etnicznej. Komisja Europejska opisuje wp³yw polityki ograniczania palenia tytoniu w grupach spo³eczno-demograficznych w Europie w raporcie "Identyfikacja najlepszych praktyk w dzia³aniach dotycz¹cych palenia tytoniu w celu zmniejszenia nierównoœci zdrowotnych"[[16]](#footnote-16).

**Slajd 15:** Wed³ug Raportu o stanie zdrowia ludnoœci romskiej, wiêcej problemów takich jak depresja czy choroby psychiczne mo¿na znaleŸæ w populacji romskiej w przeciwieñstwie do nie-Romów. Przeprowadzono kilka badañ zdrowia psychicznego, w których wykazano nadmiern¹ iloœæ samobójstw i parasamobójstw w porównaniu z populacj¹ ogóln¹. W przeciwieñstwie do tego, myœli samobójcze s¹ zg³aszane jako mniej powszechne wœród Romów. Dzieci romskie doœwiadczaj¹ wiêkszego obci¹¿enia problemami zdrowia psychicznego w porównaniu z ich odpowiednikami nie-romskimi.

**Slajd 16:** W badaniach odnosz¹cych siê do polskich doœwiadczeñ migracyjnych odnajdujemy dane na temat samooceny stanu zdrowia migrantów[[17]](#footnote-17) - wiêkszoœæ polskich migrantów w Norwegii deklarowa³a dobry stan zdrowia psychicznego.

**Slajd 17:** W tym samym badaniu pytano o strategie radzenia sobie ze stresem – zarówno w Polsce, jak i wœród polskich migrantów w Norwegii[[18]](#footnote-18).

**Slajd 18:** Na kondycj¹ psychiczn¹ ma równie¿ wp³yw poziom zaanga¿owania w ¿ycie spo³eczeñstwa[[19]](#footnote-19) – polscy migranci wykazywali niski poziom aktywnoœci spo³ecznej, a 80% z nich deklarowa³o, i¿ czas wolny spêdzaj¹ wy³¹cznie w polskim gronie. Jako przyczynê braku integracji respondenci wskazywali przede wszystkim barierê jêzykow¹ (co ciekawe, odbierane to by³o przez Norwegów jako potencjalne wywy¿szanie siê).

**Slajd 19:** Dziękujemy i prosimy o pytania

**Slajd 20-21:** Literatura

**3. Literatura**

**Literatura zalecana**

Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., & Haro-Abad, J.M. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1), Clin Pract Epidemol Ment Health. 2005; 1:13. Dostêpny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1236945/>

Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. Wold Psichiatr. 2011;10(February):2–10. Dostêpny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048516/>

Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities. SRAP. 2012. Dostępny: <http://srap-project.eu/2013/08/14/understanding-drug-addiction-in-roma-and-sinti-communities/>

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2013. Dostępny: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_197631_EN_TDXA13001ENN.pdf>

Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities, European Commission. 2013. Dostępny: <http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_best_practice_report_en.pdf>

Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research.

**Literatura uzupe³niaj¹ca**

Levecque K, Van Rossem R (2014) Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. Ethn Health. Dostępny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24517205>

Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe-a systematic literature review. Eur J Public Health [Internet]. 2014 Aug 5 1–9. Dostępny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25096258>

Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz a, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. Eur Psychiatry [Internet]. 2008 Jan;23 Suppl 1:14–20. Dostępny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18371575>

Friedli L. Mental health, resilience and inequalites. Wold Health Organization 2009. Dostępny: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf>

Achotegui, J. 2000. Los duelos de la migración. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona

Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Health & Consumer Protection Directorate-General 2005. Dostępny:

<http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf>

1. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Health & Consumer Protection Directorate-General 2005. Dostępny:

   <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. International migration, health and human rights [pdf, 1.61MB]2013, World Health Organization, Office of the High Commissioner for Human Rights and the International Organization for Migration. [↑](#footnote-ref-2)
3. Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., & Haro-Abad, J.M. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1), Clin Pract Epidemol Ment Health. 2005; 1:13. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatr. 2011;10(February):2–10. [↑](#footnote-ref-4)
5. Achotegui, J. 2000. Los duelos de la migración. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona. [↑](#footnote-ref-5)
6. Friedli L. Mental health, resilience and inequalites. Wold Health Organization 2009. [↑](#footnote-ref-6)
7. Allen J. Unequal Society: Ethnicity and Mental Health. UCL. Institute of Health Equity. Conference at the Institute of Psychiatry (June 2011) [↑](#footnote-ref-7)
8. Paniagua, F.A. (2000). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology, in I. Cuéllar & F.A. Paniagua, Eds., Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations (pp. 140-141). New York: Academic Press. [↑](#footnote-ref-8)
9. Levecque K , Lodewyckx i , Vranken J .Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. J afecta Disorders[.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16901547) 2007 Jan; 97 (1-3): 229-39 [↑](#footnote-ref-9)
10. Levecque K, Van Rossem R (2014) Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. Ethn Health. [↑](#footnote-ref-10)
11. Saraga M, Gholam-Rezaee M, Preisig M. Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: putting psychopathology in context. J Affect Disord [Internet]. Elsevier; 2013 Nov;151(2):795–9. [↑](#footnote-ref-11)
12. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe-a systematic literature review. Eur J Public Health [Internet]. 2014 Aug 5 1–9. [↑](#footnote-ref-12)
13. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz a, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. Eur Psychiatry [Internet]. 2008 Jan;23 Suppl 1:14–20. [↑](#footnote-ref-13)
14. Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities, http://srap-project.eu/2013/08/14/understanding-drug-addiction-in-roma-and-sinti-communities/ [↑](#footnote-ref-14)
15. Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2013 [↑](#footnote-ref-15)
16. Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities, European Commission. 2013. http://ec.europa.eu/health/social\_determinants/docs/2014\_best\_practice\_report\_en.pdf [↑](#footnote-ref-16)
17. Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research. [↑](#footnote-ref-17)
18. Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research. [↑](#footnote-ref-18)
19. Czapka E.A. (2010) The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review. Norwegian Center for Minority Health Research. [↑](#footnote-ref-19)