

Ghid de bune practici pentru specialiștii din sănătate și asistență socială privind prevenirea instalării/ acutizării unor tulburări posttraumatice în rândul persoanelor strămutate forțat din Ucraina



Lucrăm împreună pentru o Europă **incluzivă**.

Proiect derulat de:

Prezentul ghid a fost realizat în cadrul proiectului „RAZOM (ÎMPREUNĂ) – Rețea de servicii de sănătate fizică și mintală adaptate nevoilor refugiaților din Ucraina”.

razom.icarfoundation.ro

Autorizare publicație:

Dr. Camelia Doru

Președinte și coordonator proiect, Fundația ICAR

La realizarea acestui ghid au colaborat:

Ludmila Popovici, RCTV Memoria

Camelia Doru, Fundația ICAR

Chakiba Marcolan, Crucea Roșie, Geneva

Adelina Băncilă, Fundația ICAR

Toate drepturile asupra acestui ghid aparțin Fundației ICAR. Orice reproducere integrală sau parțială a acestuia, fără acordul scris al Fundației ICAR, este interzisă. Părți din acest ghid pot fi reproduse în scopuri necomerciale doar cu precizarea sursei.

Cuprins

| | |
|---|----|
| Cuvânt înainte | 1 |
| Introducere | 2 |
| Capitolul 1. Stresul și trauma psihică | 5 |
| 1.1. Noțiuni de stres și traumă | 5 |
| 1.2. Ce se întâmplă în spatele tulburărilor datorate traumei? | 6 |
| 1.3. Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) și alte consecințe ale traumei | 7 |
| Capitolul 2. Trauma în contextul migrației forțate și războiului | 10 |
| 2.1. Trauma în contextul comunității | 10 |
| 2.2. Efectele războiului și ale migrației forțate asupra copiilor | 10 |
| 2.3. Caracteristica grupului persoanelor strămutate forțat din Ucraina – PSFU ... | 11 |
| Capitolul 3. Reziliența și dezvoltarea posttraumatică | 12 |
| 3.1. Noțiuni de reziliență la nivel individual, familial și comunitar | 12 |
| 3.2. Noțiuni de reziliență pentru părinți și profesori | 15 |
| 3.3. Dezvoltarea posttraumatică..... | 15 |
| Capitolul 4. Cum putem ajuta persoanele strămutate forțat din Ucraina | 16 |
| 4.1. Noțiuni de reabilitare și asistență posttraumatică..... | 16 |
| 4.2. Construirea unei practici informate despre traume | 18 |
| 4.3. Elemente de bază în asistența posttraumatică | 19 |
| 4.4. Abordări necesare pentru programe și servicii psiho-sociale eficiente..... | 21 |
| 4.5. Primul ajutor psihologic în managementul crizei | 22 |
| 4.6. Abordarea traumei la nivel comunitar..... | 23 |
| Capitolul 5. Pași și acțiuni pentru un răspuns eficient la criza refugiaților din Ucraina | 24 |
| 5.1. Programe și activități implementate în sprijinul PSFU..... | 24 |
| 5.2. Noțiuni de etică și deontologie în domeniul sănătății | 27 |
| 5.3. Rolul mediatorilor interculturali în sănătate, în asistența PSFU | 28 |
| 5.4. „Burn-out Syndrom” (Sindromul de suprasolicitare)..... | 32 |
| Capitolul 6. Experiența Fundației ICAR și a RCTV Memoria în lucrul cu persoanele strămutate forțat din Ucraina – studii de caz | 35 |
| Concluzii finale și recomandări | 44 |
| Bibliografie | 45 |

Cuvânt înainte

Fundația ICAR este una dintre cele mai longevive organizații ale societății civile din România și, cu siguranță, cea mai longevivă în domeniul serviciilor de sănătate pe care le-a acordat fără întrerupere, de la înființarea sa în 1992 și până în prezent, categoriilor de persoane care datorită experiențelor traumatice – fizice și psihice – au avut nevoie de îngrijiri speciale.

Piedicile mari în calea desfășurării programelor de sprijin pentru persoanele care, dintr-un motiv sau altul, au suferit abuzuri (încălcări grave ale drepturilor omului) cu consecințe grave asupra stării de sănătate au fost, pe de o parte, nerecunoașterea faptului că astfel de consecințe sunt de așteptat la categoria respectivă, sunt numeroase și de durată, și pe de alta, lipsa de interes în a interveni cu măsuri specifice. Din aceste motive, serviciile în sprijinul acestui grup de persoane a venit timp de ani de zile, exclusiv din inițiative private, de la nivelul societății civile.

Din punctul nostru de vedere, depistarea și tratarea consecințelor generate de încălcări flagrante, sistematice și de durată ale unor drepturi fundamentale ale omului sunt o problemă pe care o putem înțelege din trecutul nostru recent. Regimul comunist a produs în România celor patruzeci și cinci de ani de domnie, milioane de cazuri de privațiuni de libertate prin încarcerare în pușcăriile politice, cât și zeci de mii de deportări interne și externe a unor simpli cetățeni, în dezacord cu ideile politice ale regimului și etichetați pe loc ca fiind „dușmani ai poporului”. Regimul a practicat masiv tortura, execuțiile sumare și asasinatele, munca forțată, confiscările de averi, eliminările din învățământ, de la locurile de muncă, din domiciliile, exploatarea prin muncă forțată în mine de uraniu și plumb, înfometarea, privarea de asistență medicală și igienă, internări psihiatrice abuzive, experimente psihice, natalitatea normală prin interzicerea contracepției și a întreruperilor de sarcină etc.

E greu de imaginat – chiar și pentru un nespecialist – ca vreunul din abuzurile mai sus menționate să nu fi avut consecințe directe asupra stării de sănătate, fizică și/ sau psihică. Amintirea acelei perioade este prea recentă pentru a nu înțelege prin extrapolare, contextul politic din Ucraina, interesele și obiectivele expansioniste ale Rusiei.

Zonele de conflicte armate în care fracțiuni politice/ religioase luptă pentru putere sau zonele de dezagregare statală antrenează atrocități care la rândul lor generează crize umanitare cu dislocări masive de populație, epurări etnice sau religioase. În Europa secolului XX, în chiar imediata noastră vecinătate, au mai existat conflicte care au dus la deplasări importante de populație și chiar la genocid. În februarie 2022, însă, invadarea Ucrainei de către armata rusă a provocat un adevărat exod, o dislocare populațională fără precedent, într-o perioadă de timp foarte scurtă. Europa a fost invadată brusc de mii, sute de mii și în final de milioane de oameni, care au fugit din calea rușilor.

Majoritatea persoanelor refugiate peste noapte din Ucraina au lăsat în urmă membri de familie, rude, prieteni, vecini, care fie au fost mobilizați să lupte pe front, fie au ales să supraviețuiască pur și simplu în locurile natale. Aceste schimbări majore care au intervenit brutal în viețile lor au dus la o stare de șoc emoțional generală, care a reverberat cu ajutorul mijloacelor de comunicare, digitale sau tradiționale. Planeta întregă a asistat la această tragedie, în direct. Ucrainenii eliberați din infern și ajunși în țări sigure au devenit foarte repede prizonierii imaginilor din propria țară, de pe front, din orașele și satele părăsite, din locurile rase de pe fața pământului de armata rusă. Dorința de a ști în fiecare moment ce se întâmplă „acasă” a devenit în scurt timp adicție, în forma cea mai clară și greu de contracarat.

Rolul populației civile în România, ca și în Republica Moldova, a fost esențial în primirea inițială a refugiaților. S-a dat dovadă de solidaritate și compasiune, de generozitate și capacitate de mobilizare. Și, la fel de important, s-a oferit instituțiilor statului timp pentru a se organiza atât din punct de vedere logistic, cât și legislativ, de a-și adapta capacitatea de răspuns la provocările apărute. Și agențiile internaționale, inter/guvernamentale/private s-au mobilizat exemplar. Prin eforturile comune s-a urmărit protejarea celui mai prețios capital, cel uman, pe care forțele de ocupație rusești au intenționat să-l distrugă. După doi ani de război lucrurile s-au schimbat destul de mult, ajutoarele care se oferă de la stat încurajând integrarea în societățile gazdă, angajarea forței de muncă, învățarea limbii române, reorientare profesională, înrolarea copiilor în sistemul educațional. Rămâne de văzut după încheierea războiului în ce măsură toate aceste eforturi au dus la rezultatele așteptate.

Dr. Camelia DORU

Introducere

Prin proiectul *RAZOM (ÎMPREUNĂ) – Rețea de servicii de sănătate fizică și mintală adaptate nevoilor refugiaților din Ucraina*, Fundația ICAR, în parteneriat cu Centrul de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria” (RCTV Memoria) din Republica Moldova și prin colaborarea cu renumiți experți elvețieni, și-a propus să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate fizică și mintală a Persoanelor Strămutate Forțat din Ucraina (majoritar femei și copii), prin evitarea instalării/cronicizării efectelor generate de război, acționând în trei direcții complementare:

1. Adaptarea și îmbunătățirea serviciilor de sănătate emoțională și relațională, oferite mamei și copiilor din Ucraina aflați în asistența Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului (DGASPC) din București, prin implementarea unui program de activități recreative și educaționale, realizat pe parcursul a 12 luni de proiect (aprilie 2023 – aprilie 2024). Principalele activități au vizat realizarea unui club

¹ 24 Februarie 2024

al copiilor preșcolari, menit să stimuleze interacțiunile sociale și să îmbunătățească reacțiile emoționale ale acestora, organizarea unor sesiuni recreative mixte părinți-copii, de petrecere a timpului liber și a unor excursii tematice. La îndeplinirea acestor acțiuni, a contribuit buna colaborare existentă a Fundației ICAR cu DGASPC-uri din București, datorită unor proiecte anterioare.

2. Maparea serviciilor de sănătate disponibile în București în vederea accesării lor ușoare de către beneficiarii proiectului, prin intermediul unei pagini web special construită (de tip hartă a serviciilor).

3. Crearea unei rețele de mediatori interculturali sanitari (serviciu nou, conex sistemului de sănătate) care să faciliteze accesarea serviciilor medicale și de sănătate mintală în sistem public sau privat, pentru beneficiarii proiectului. Mediatorii au fost selectați din rândul persoanelor vorbitoare de limbă ucraineană sau rusă, instruiți de specialiștii ICAR și ai partenerului de proiect.

Întrucât între furnizorii de servicii, vorbitori de limba română, și beneficiarii ucraineni era nevoie de comunicare lingvistică, s-a prevăzut prezența în proiect a așa-numiților mediatori interculturali, vorbitori de limbă ucraineană sau rusă (destul de puțini la număr pe teritoriul României, spre deosebire de cel al Republicii Moldova). Aceștia, în majoritatea cazurilor, nu aveau cunoștințe în domeniul sănătății, fiind simpli traducători, condiție insuficientă pentru a conduce la servicii de sănătate de calitate. În următoarea etapă s-au organizat sesiuni de pregătire a vorbitorilor de limba ucraineană/ rusă, prin care s-a dorit echiparea lor cu noțiuni de bază în domeniul sanitar, și mai ales în recunoașterea consecințelor de scurtă și lungă durată datorate traumei. Prin aceasta s-a urmărit și realizarea unei comunicări coerente în triada: Beneficiar – Mediator – Furnizor de servicii de sănătate.

Partenerul RCTV Memoria a fost ales atât din punct de vedere al profilului organizațional (experiența îndelungată în domeniul acordării serviciilor de sănătate), a cunoașterii limbii ucrainene sau ruse, vorbite de rutină în Republica Moldova, cât și a unei îndelungate colaborări cu Fundația ICAR, respectiv de la înființarea sa, în anul 1999.

Ghidul de bune practici, izvorât din activitățile proiectului „RAZOM (ÎMPREUNĂ)”, a fost conceput în urma unor sesiuni de tip „peer review” cu personalul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din București, implicat în acordarea serviciilor directe către beneficiarii ucraineni, ajunși pe teritoriul României din cauza războiului. Sesiunile de consultări cu aceștia au fost desfășurate cu ajutorul partenerului RCTV Memoria, ce derulează o intensă activitate în sprijinul populației ucrainene rămasă pe teritoriul Republicii Moldova încă de la începutul invaziei rusești, din 2022.

Bunele practici sunt, în general, niște exemple de strategii de intervenție pentru o anumită categorie de beneficiari, într-o anumită perioadă de timp, și într-un anumit context. Fundația ICAR, cu o experiență de peste 20 de ani de lucru cu grupuri vulnerabile de migranți, a înțeles din proiectele pilot de la începutul anului 2022, că asistarea grupului de ucraineni are particularități, iar activitățile trebuie să fie centrate pe câteva obiective clare: 1) prevenirea cronicizării unor tulburări, aparent minore,

generate de traumă, 2) restabilirea unui echilibru funcțional psihosomatic și respectiv a mecanismelor de adaptare cât mai rapidă la noul mediu de viață. Perspectiva unui conflict prelungit, acceptarea realității și construirea unui plan de viață în altă țară, a fost aproape de neconceput la începutul războiului. După doi ani, speranța întoarcerii acasă este prezentă încă, în mod firesc, dar procesul de integrare în noua realitate existențială, a început. De la condiția de asistat social, cetățeanul ucrainean strămutat forțat în România, a devenit treptat, contribuitor social.

Așadar, ghidul de bune practici poate fi util atât specialiștilor, furnizori de servicii de sănătate și de asistență socială, cât și mediatorilor interculturali, care fac posibilă interacțiunea cu beneficiarii și le ușurează înțelegerea unor reacții, pe termen scurt și mediu, provocate de război, de strămutare, de despărțirea de cei dragi. Înțelegerea corectă a acestor reacții sperăm că va diminua deviațiile comportamentale, nutrite de ură și răzbunare, și că vor contribui la folosirea resurselor în mod constructiv, pentru continuarea unei vieți demne, aici sau acolo.

Atragerea în proiect a unor specialiști în domeniul interculturalității din Elveția a fost un câștig neprețuit, din perspectiva integrării persoanelor care aleg să rămână în țara gazdă, oricare ar fi aceea. Traiul într-o țară democratică, stabilă și prosperă, vine cu provocări de multe ori nebanuite pentru toți cei implicați, localnici sau străini. Studiile de caz prezentate de colegii elvețieni în cadrul sesiunilor de formare a mediatorilor interculturali sanitari au fascinat prin complexitatea lor și au demonstrat importanța compasiunii, a ingeniozității și dedicației, exprimate în rezultate practice, de care au depins destinele unor oameni.

Trebuie menționat că întâlnirile dintre toate grupurile implicate în acest proiect au fost minunate ocazii de îmbogățire reciprocă a cunoștințelor profesionale și umane. Participanții la proiect au învățat unii de la alții, noțiunea de „specialist”, care se referă de fapt, la toți cei care, cu generozitate și înțelegere, cu suflet și creativitate, s-au implicat într-un efort umanitar, cu provocări noi, nemaiîntâlnite anterior. Nimeni nu a avut înainte de februarie 2022 experiența de lucru cu refugiați ucraineni în număr atât de covârșitor, așezați peste noapte în țările noastre!

Atât partenerul din Republica Moldova, reprezentat prin doamna Ludmila Popovici și echipa RCTV Memoria, cât și cei doi experți din Elveția, doamna Chakiba Marcolan și domnul Laurent Subilia, au reprezentat tot atâtea surse de inspirație pentru participanți. Membrii echipei ICAR au dat viață proiectului pe care l-au transformat dintr-o cerere de finanțare, într-o lume cu nume și prenume.

Le mulțumesc tuturor pentru dedicație și profesionalism!

Dr. Camelia DORU

Capitolul 1. Stresul și trauma psihică

1.1. Noțiuni de stres și traumă

Definiția stresului este încă în dezbatere, deși câteva aspecte sunt agreate de majoritatea cercetătorilor. Stresul a însoțit omul de la începutul existenței sale, când a avut rolul de a semnaliza apariția unor pericole – mai ales fizice – venite din mediu, și de a declanșa o serie de reacții de răspuns adecvate, pentru supraviețuire.

Ecoul stresului pe starea de sănătate a organismului depinde evident și de resursele disponibile pentru a regla și echilibra mecanismele biologice fine, pe care fiecare individ le deține. Dacă aceste rezerve sunt insuficiente sau neadecvate, riscul de îmbolnăvire crește. Factori fizici, fiziologici, emoționali combinați, vor face ca indivizi expuși pentru același timp, la aceiași factori de stres, de aceeași intensitate, să reacționeze diferit.

Factorii de stres identificați în timp s-au înmulțit, căpătând dimensiuni economice, sociale, ocupaționale, în funcție de nivelul socio-cultural și tehnologic al vremii.

În secolul nostru, internetul a produs o revoluție tehnologică nemaîntâlnită în istoria omenirii. O binefacere. Odată cu care însă, a apărut și factorul de risc digital. Prin necunoscuturile sale și prin omniprezența sa, stresul digital induce o stare permanentă de alertă, resimțită adesea ca o amenințare existențială.

Adaptarea la noutățile produse de inteligența artificială este aproape imposibil de realizat, așa cum surprizele creative din domeniu sunt imposibil de previzionat. Înlocuirea procesului de învățare cu cel de stocare, dar nu în hipocamp, ci în dispozitive tip hardware, accesarea informației nu prin rememorare, ci prin „descărcare” de pe o „arhivă”, duce la scăderea randamentului mintal, a gândirii critice și la împușinarea sinapselor din rețeaua neuronală, în cazul majorității utilizatorilor.

Dr. Mafried Spitzer² analizează declinul mintal provocat de tehnologia digitală, care, mai ales la tineri, poate ajunge la crize grave, tentative de suicid, suicid sau chiar „demență digitală”! Așa cum la fel de bine, la alții poate provoca o efervescență creatoare, dincolo de limitele cunoscute.

Răspunsul la întrebarea dacă stresul digital conține în subsidiar o teamă existențială, devine din ce în ce mai evident. Astfel criteriul A³ de diagnostic al tulburării de stres posttraumatic (PTSD), confirmă că factorul digital a devenit un stresor de temut, atât la nivel individual, cât și comunitar.

Subliniem că în viața modernă, originea traumelor s-a diversificat, celor de origine naturală adăugându-li-se schimbările climatice, iar celor de origine umană, cele create de inteligența artificială.

² Mafried Spitzer, *Dementia digitala*, Ed. Humanitas, 2020

³ DSM IV, criteriul A “evenimentul traumatic ca fiind unul care implică moartea sau amenințarea cu moartea, injurii serioase, amenințarea integrității fizice personale sau a celor din jur și care conduce la un răspuns de frică intensă, neajutorare și oroare”

Războiul din Ucraina va produce urmări de tip PTSD nu doar soldaților, luptătorilor de pe front, ci și celor de dincolo de front, lipiți de ecranele purtătoare de imagini traumatice/ digitale.

Făcând un recurs la istorie, în jurul anilor 440 î.Hr., Herodot a descris pentru prima dată tulburările soldaților ca urmare a participării lor la o bătălie sângeroasă⁴. În 1980, PTSD a fost introdus în DSM III⁵ ca o tulburare distinctă a sănătății mintale. Iar în secolul nostru, constatăm o evoluție îngrijorătoare a aceluiași sindrom, care prin magnitudine și severitate, se încadrează în sfera sănătății publice.

1.2. Ce se întâmplă în spatele tulburărilor datorate traumei?

Indiferent de tipul traumei, simptomele, fie că e vorba de depresie, anxietate, agresivitate sau altele care compun tabloul simptomatic al PTSD, au în spate mecanisme complexe, care treptat au fost sau sunt în curs de descifrare.

Durerea fizică, la fel ca și cea psihică, a reprezentat un factor de stres continuu în existența oamenilor. Așa înțelegem de ce de-a lungul ontogenezei, organismul uman a dezvoltat mecanisme de apărare care l-au ajutat să supraviețuiască unor șocuri majore. Răspunsul la stres este de tip ierarhic, regiuni specifice din creier interpretează, integrează și organizează activarea sistemului endocrin, fie prin axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal, fie prin axul simpato-adrenomedular.

În anii '70, a fost descifrat în mod independent, în laboratoare din Scoția și SUA, **sistemul endorfinic**. S-a constatat că glanda hipofiză secretă niște neurotransmițători, endorfine, imediat ce apare un stimul dureros. *Efectul antialgic al endorfinelor* este puternic și de scurtă durată, fiind salvator în faza acută a durerii.

Organismul este dotat și cu receptori opioizi, de care se leagă substanțele antialgice secretate de organism – endorfinele, sau obținute pe cale sintetică, din alcaloizi naturali de opiu (morfină, codeina, tebaină), opioidele. În afara efectului antialgic extrem de benefic în medicină, opioidele au și efect euforic, care duce la cea mai gravă reacție adversă, adicția.

Destul de repede, după anii '80, a fost descifrat un alt vechi sistem al organismului, **sistemul endocanabinoid**. Acesta este compus din receptori de canabinoizi, canabinoizi endogeni, în număr de doi (sintetizați și metabolizați pe căi enzimatice distincte, care le conferă roluri fiziologice și patofiziologice fundamental diferite). Există desigur și enzimele responsabile pentru sinteza și degradarea endocanabinoizilor. Sistemul este larg răspândit în organism și joacă roluri importante în dezvoltarea sistemului nervos central, a sistemului imunitar, în plasticitatea sinaptică și în *răspunsul la agresiuni endogene și de mediu*. Și în acest caz, rolul cheie revine receptorilor – receptorii canabinoizi, pe care se pot conecta atât canabinoizii endogeni, cât și cei

⁴ Batalia de la Maraton, History, Book IV, George Rawlinson

⁵ Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale

exogeni: fitocanabinoizi (din plante) și cei sintetici (de laborator). Cercetările au demonstrat în mod constant că sistemul endocannabinoid uman, joacă un rol semnificativ în PTSD. Persoanele cu PTSD au o disponibilitate mai mare a receptorilor canabinoizi de tip 1 (CB1), în comparație cu martorii expuși la traume, sau sănătoși⁶. Ca rezultat, consumul de cannabis de către persoanele cu PTSD ar putea *produce reduceri pe termen scurt a simptomelor PTSD*.

Cu toate acestea, datele sugerează că *utilizarea continuă a cannabisului în rândul persoanelor cu PTSD, poate duce la o serie de consecințe negative, inclusiv dezvoltarea toleranței la cannabis (prin reduceri ale densității și/ sau eficienței receptorilor CB1) și dependenței*. Chiar dacă cercetările recente au arătat că receptorii CB1 pot reveni după perioade de abinență la marijuana, persoanele cu PTSD pot avea dificultăți deosebite în a renunța.

Este important ca specialiștii care vin în contact cu beneficiari (din ce în ce mai informați), ce vor dori să-și amelioreze rapid și durabil suferințele, să fie la rândul lor informați permanent cu ultimele descoperiri științifice. Este de asemenea important să cunoască legislația existentă în privința substanțelor psiho-active și să o explice. Interzicerea lor în România, ca și în Republica Moldova, trebuie cu atât mai mult dezbătută, cu cât legislațiile din alte țări sunt diferite.

Recunoașterea limitelor actuale ale cercetării, multitudinea de droguri existente, explozia hibridărilor și a combinațiilor de substanțe din grupe diferite, riscurile cunoscute și necunoscute ale consumului acestora sunt subiecte care trebuie să fie pe agenda furnizorilor de servicii de sănătate, pregătiți să răspundă interpelărilor pe aceasta temă.

1.3. Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) și alte consecințe ale traumei

Sindromul PTSD poate să invadeze profund viața victimei, cu afectarea personalității, alterarea relațiilor, retragere socială, ostilitate, ipohondrie etc. Sunt posibile angoase, tulburări depresive, comportamente nedorite sau adicție (alcool, droguri, medicamente etc). Până în prezent, încă nu a fost găsită o explicație exactă și argumentată de ce unele persoane dezvoltă acest sindrom, iar altele nu, dar se consideră că anumiți factori sunt decisivi, printre care:

- 1) Severitatea, repetitivitatea și numărul experiențelor stresante din timpul vieții;
- 2) Anumite tulburări de sănătate mintală, ce pot fi moștenite, precum anxietatea și depresia familială;
- 3) Tipul de temperament al fiecărei persoane;

⁶ An introduction to the endogenous cannabinoid system, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4789136/>

- 4) Modul în care creierul gestionează substanțele chimice și hormonii eliberați, ca răspuns la stres.

Nimeni nu este protejat sau imun la traume. Oricine poate dezvolta PTSD, la orice vârstă⁷. Unii *factori externi*, în special cei care nu sunt sub controlul unei persoane, îi pot crește vulnerabilitatea la PTSD. De exemplu: a trăi sau a fi martor la un eveniment traumatic foarte intens (cum ar fi războiul). Factorii externi indică importanța a ceea ce se întâmplă, până și după evenimentul traumatic. Stresul cotidian sau alte traume suprapuse pot amplifica simptomele PTSD, în timp ce sprijinul social și serviciile de reabilitare le pot diminua și pot contribui la vindecare.

Factorii personali, cum ar fi: expunerea traumatică anterioară, vârsta, genul, tipul de personalitate, pot influența mult apariția și evoluția simptomelor PTSD.

După momentul producerii traumei și apariția simptomelor, se deosebesc trei tipuri de PTSD:

- 1) Sindromul acut al PTSD, când simptomele apar la scurt timp după evenimentul traumatic și durează 2-3 luni;
- 2) PTSD tardiv/ întârziat, când simptomele pot apărea și după 6 luni sau ani;
- 3) PTSD cronic, în care simptomele pot apărea și dispărea timp de mulți ani, se amplifică și au o frecvență mai mare, contribuie la epuizarea sistemului nervos, la o modificare a caracterului și o îngustare a gamei de interese.

PTSD cronic se poate manifesta sub diferite forme clinice și poate apărea mult timp după evenimentul traumatic, în urma unei perioade de latență aparent asimptomatică, care poate dura câțiva ani sau chiar zeci de ani.

Există 4 tipuri de simptome ale PTSD, care au valoare diagnostică⁸. Dar s-ar putea să nu fie exact la fel pentru toată lumea, deoarece răspunsul la traumă este unul individual și fiecare supraviețuitor trăiește simptomele în felul său. Cele 4 tipuri de simptome includ:

- 1) Retrăirea repetitivă a traumei;
- 2) Evitarea stimulilor asociați cu evenimentul traumatic;
- 3) Gânduri, dispoziție și sentimente negative;
- 4) Stări de nervozitate și sentimente de tensiune internă sau iritabilitate.

Conform DSM-5-TR⁹, tulburările legate de traumă includ: a) *tulburare de stres posttraumatic (PTSD)*; b) *tulburare de atașament reactiv (RAD¹⁰)*; c) *tulburare de*

⁷ https://www.ptsd.va.gov/understand/what/ptsd_basics.asp

⁸ https://www.ptsd.va.gov/understand/what/ptsd_basics.asp

⁹ Manualului de Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a, revizuirea textului

¹⁰ RAD - reactive attachment disorder

angajament social dezinhibat (DSED¹¹); d) tulburare de stres acut (ASD¹²); e) tulburare de adaptare; f) tulburare nespecificată legată de traume și stres.

Dar acestea nu sunt singurele tulburări legate de traume. Alte condiții, care pot apărea în urma experiențelor traumatice, includ: a) tulburări de anxietate; b) tulburări legate de consumul de substanțe psihotrope; c) tulburări depresive; tulburări de personalitate; d) tulburări disociative.

Tulburări posttraumatice și simptomele PTSD la copii

Copiii pot avea diferite simptome, inclusiv din cele enumerate mai sus. Pe măsură ce cresc, simptomele lor seamănă tot mai mult cu cele ale adulților. Dar la diferite vârste, pot fi identificate diferite simptome PTSD, la copii și adolescenți.

Din ceea ce s-a observat la copiii refugiați din Ucraina, aceștia se pot confrunta des cu probleme de genul:

- 1) Frică și îngrijorare pentru cei rămași acasă; sentimente de singurătate, tristețe și melancolie, de neajutorare, sau ca și cum oamenii din jur îi privesc cu milă; stare de incertitudine și lipsa perspectivelor pentru viitor; încredere în sine scăzută, dar nu pot avea încredere nici în ceilalți; dependența de informații despre război sau evitarea lor; dificultăți în a trăi „aici și acum”;
- 2) Comportamente agresive, precum: setea de răzbunare, mânie și ură față de tot ce se poate identifica cu țara-agresoare: publicații în limba rusă, alimente sau dulciuri produse în Rusia, care se pot găsi pe piața din țara gazdă (mai mult în Republica Moldova);
- 3) Tendința de izolare și retragere socială, amplificată și de o perioadă prelungită de studii online, cauzate atât de pandemie, cât și de război. Unii dintre copiii refugiați în Republica Moldova au insistat să continue studiile online în Ucraina, apoi s-au întors la studii în Ucraina, din simplul motiv că nu au dorit să învețe în școlile din Republica Moldova, cu predare în limba rusă.

Mai multe studii¹³ indică faptul că adolescenții expuși la traume multiple ar putea experimenta simptome de PTSD și depresie mai severe decât cei care supraviețuiesc unui singur eveniment. Acest efect este independent de adversitatea copilăriei și de experiențele de viață stresante.

Cu toate acestea, expunerea la traume multiple nu pare să fie asociată cu simptome de anxietate mai severe. De aici și necesitatea de a înțelege cât mai bine mecanismele răspunsului individual la traumă, precum și importanța dezvoltării pentru copii a unor programe de sprijin, centrate pe reziliență.

¹¹ DSED - disinhibited social engagement disorder

¹² ASD - acute stress disorder

¹³ Sharain Suliman și alții. *Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216888/>

Capitolul 2. Trauma în contextul migrației forțate și războiului

2.1. Trauma în contextul comunității

Trauma nu are loc în vid. Trauma individuală apare *într-un context de comunitate*¹⁴. În context sociologic, comunitatea reprezintă *un grup de oameni cu interese, credințe sau norme de viață comune; totalitatea locuitorilor unei localități, a unei țări etc.* În context psihologic, comunitatea a fost definită ca *un grup de oameni, care împărtășesc aceleași valori și interese și au experiențe și nevoi similare.*

Pentru multe persoane, *migrația forțată sau nevoia de a-și abandona propria țară, aflată în război și de a căuta refugiu în alte țări este o traumă.* Astăzi suntem martori la terorizarea și traumatizarea a milioane de ucraineni, în mare parte femei, copii și vârstnici. Evenimentele traumatice multiple la care sunt expuși le cresc vulnerabilitatea și riscul de a dezvolta tulburări diverse de stres posttraumatic. Există însă și factorii de protecție comunitară, care acționează atât din interiorul comunității ucrainenilor dislocați – menținerea valorilor proprii, a limbii, apartenența la grup, cât și din comunitatea-gazdă¹⁵, prin primire empatică, abordare multiculturală, asistență acoperitoare a nevoilor.

2.2. Efectele războiului și ale migrației forțate asupra copiilor

Evenimentele potențial traumatice (PTE¹⁶), trăite de familii și copii, variază în funcție de experiențele de migrație din trecut, precum și de zona de război de unde au fugit. Pe lângă traumele de război, se pot adăuga în timp și cele legate de refugiere: *dinamica familiei schimbate, accesul limitat la studii, prelungirea de studii online, statutul juridic nesigur, lipsa/ insuficiența sprijinului social, neînțelegerea limbii.*

Acești factori de stres cumulativi sunt asociați cu sănătatea mentală precară și întârzierile de dezvoltare în mai multe domenii, inclusiv funcționarea cognitivă, reglarea emoțiilor, procesarea afectivă și controlul prospectiv. Pe de altă parte, există și copii cu un grad ridicat de rezistență, cu dezvoltare normală și o lipsă de asociere între dezvoltarea lor psihologică și intensitatea evenimentelor potențial traumatice¹⁷.

¹⁴ SAMHSA's *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*, 2014

¹⁵ L. Migliorini and others. *Community resilience among Ukrainian refugees: what is the role of the host community in recovery from forced migration*. 2023.

<https://www.frontiersin.org/people/u/199185>

¹⁶ PTE – potential traumatic events

¹⁷ Livia Hazer & Gustaf Gredeback. *The effects of war, displacement, and trauma on child development* <https://www.nature.com/articles/s41599-023-02438-8>

2.3. Caracteristica grupului persoanelor strămutate forțat din Ucraina – PSFU

Războiul din Ucraina, provocat de Federația Rusă în februarie 2022, presează țările-gazdă ale refugiaților ucraineni să ia în calcul ipoteza prelungirii acestuia și, implicit, o continuare a situației destul de dificile cu privire la fluxul de refugiați în România și Republica Moldova.

Profilul și alte caracteristici ale PSFU, aflate în Republica Moldova

Din 24.02.2022 până la 31.08.2023, aproximativ 908.000 de PSFU au intrat în Republica Moldova (cel mai mare număr pe cap de locuitor). Aproximativ 109.000 de refugiați din Ucraina și 8.000 din țări terțe, au ales să rămână, dintre care 58% – femei, 45% – copii și 22% – vârstnici. Există numeroase studii și rapoarte făcute de la începutul războiului din Ucraina, care descriu statistic situația (OMS, ICNUR etc.).

Cel mai comun profil al celor chestionați, a fost de **adultți singuri cu persoane aflate în întreținere** (32%). Cca. 81% au inclus femei și copii.

Principalul motiv pentru care au ales să vină în Republica Moldova: 53% a fost apropierea de Ucraina; 36% – dorința de a se reuni cu familia și prietenii; 22% – limbi similare; 10% – asemănările culturale și sociale.

Rezultatele cercetărilor confirmă că populația de refugiați ucraineni din Republica Moldova este în general una bine educată, majoritatea lucrând anterior în Ucraina. De asemenea gradul de digitalizare este destul de ridicat (ex. comunicare online, școala online) menținând permanent legătura cu locul de baștină.

Conform datelor statistice¹⁸, la data de 9.10.2023, în Republica Moldova erau înregistrați 116.615 refugiați din Ucraina.

Profilul PSFU din România

Conform datelor Eurostat și ale Inspectoratului General al Poliției de Frontieră, până la finalul lunii noiembrie 2023, în România intraseră 6.755.340 de cetățeni ucraineni, dintre care 144.295 au primit protecție temporară. Situația și profilul acestora sunt asemănătoare cu cele din Republica Moldova, însă aici bariera lingvistică este o problemă. Prin Platforma *dopomoha*, acest impediment a fost mult atenuat. Din cercetările ocazionate de alte proiecte derulate de ICAR, profilul grupului a fost dominat de femei (sub 45 de ani), căsătorite, cu copii sub 14 ani, vorbitoare de limba rusă, la nivel avansat. O jumătate din intervievați au declarat că nu au surse de venit sau economii¹⁹.

Rezultatele studiilor nu pot fi extrapolate, întrucât grupul a fost ales aleatoriu, de dimensiuni mici, a avut o mare mobilitate și continuă să aibă, în funcție de situația din țară. Securitatea fizică, asigurarea locuinței și a mijloacelor de subsistență, cât și serviciile psihosociale oferite, au contribuit la gradul ridicat de reziliență al beneficiarilor, deși continuarea războiului, cu lipsa de predictibilitate a sfârșitului

¹⁸ <https://www.statista.com/statistics/1312584/ukrainian-refugees-by-country/>

¹⁹ LENS_Learning children's Needs through their eyeS – Raport de cercetare.

acestui, a continuat să fie un factor traumatic major, mai ales dacă *bărbații din familie și-au pierdut viața în acest război sau sunt încă pe front.*

Militarii antrenați să reziste și să supraviețuiască în compania armelor de foc, pe tărâmul violentei, al morții și distrugerii, sunt în prezent susținuți moral de întreaga populație civilă, nu numai din Ucraina, ci și din țările democratice ale lumii.

La întoarcerea acasă însă, pentru reintegrarea lor în familie și societate va fi nevoie de resurse considerabile, atât morale cât și profesionale și materiale. Este greu de imaginat că în Ucraina de după război aceste resurse vor fi disponibile și suficiente, pentru reabilitarea militarilor sau civililor cu PTSD. Din aceste considerente, serviciile centrate pe reziliență, educația psihologică în traumă cu accent pe reziliență și pe dezvoltarea posttraumatică a PSFU, aflate acum în România și Republica Moldova, ar putea avea un impact pozitiv semnificativ în salvarea capitalului uman al Ucrainei. Acest capital uman include cele peste 6 milioane de PSFU, în mare parte copii și tineri, pe lângă cei care apără acum țara, sau care trăiesc și muncesc în condiții de alertă continuă.

Capitolul 3. Reziliența și dezvoltarea posttraumatică

3.1. Noțiuni de reziliență la nivel individual, familial și comunitar

Există un consens tot mai larg că, deși rezistența și adaptarea (coping-ul) sunt strâns legate, ele sunt concepte distincte. Astfel, **reziliența** influențează **modul** în care un individ își evaluează capacitatea de a răspunde la un eveniment, în timp ce **coping-ul** se referă la **strategiile** folosite în urma evaluării unei întâlniri stresante.

Coping-ul se poate defini, ca fiind *capacitatea de a implementa strategii comportamentale și cognitive, care vizează contrastarea aspectelor adverse ale mediului cuiva și de a regla sau evita amenințările interne, induse de stres sau traumă.* Aceste strategii sunt de două tipuri: (a) copingul pozitiv, care reflectă încercările de a modifica în mod activ percepțiile asupra stresorului sau calitățile acestuia, adică prin implicarea în rezolvarea problemelor și reevaluarea cognitivă; (b) copingul negativ, care implică acțiuni și procese de gândire, ce au ca scop evitarea angajării directe cu factorul de stres (adică, dorința de fugi și retragerea socială).

Reziliența poate fi definită ca fiind *un proces de adaptare eficientă și benefică în fața adversității, a traumei, tragediilor, amenințărilor sau surselor semnificative de stres, cum ar fi: probleme de familie și relații, problemele grave de sănătate, catastrofe, cataclisme, război, pierderi financiare sau alți factori de stres din familie, societate, locul de muncă sau studii.*

Reziliența se manifestă în plan fizic, emoțional, spiritual sau mintal, ceea ce ne poate oferi un grad de flexibilitate în aceste domenii diferite, după cum se poate vedea din imaginea de mai jos²⁰.



Reziliența este un termen provenit din latinescul verbului „*a-și reveni*”, ce înseamnă, de asemenea „*a salva*”, dar putând fi folosit și cu sensul de protecție. Noțiunea a apărut în contextul modelelor teoretice centrate pe individ și psihologiei pozitive, ca reacție la paradigmele orientate pe boală și patologie.

În psihologie, reziliența se consideră drept:

- a) *capacitatea unei persoane de a se adapta cu succes la dificultățile vieții, datorită flexibilității și adaptabilității mentale, emoționale și comportamentale;*
- b) *abilitatea de a se adapta la circumstanțe de viață provocatoare și de a menține sănătatea mintală, în ciuda expunerii la experiențe de adversitate semnificativă.*

Deși evenimentele ostile, sunt cu siguranță dureroase și dificile, ele nu trebuie să determine sensul, parcursul și rezultatele vieții unui om. Există multe aspecte ale vieții, care pot fi controlate, modificate și care pot ajuta la creșterea personală sau profesională. Acesta este rolul esențial al rezilienței. A deveni mai rezistent, nu numai că te ajută să treci peste circumstanțe dificile, ci și îți dă putere să crești și chiar să-ți îmbunătățești viața, pe parcurs.

Din experiența Fundației ICAR, cât și a RCTV Memoria, putem enumera mai multe activități care promovează competența comunității, sentimentul de apartenență sau abilitare (împuternicire), precum și simțul cooperării și al viziunilor comune asupra mai multor aspecte dedicate împărtășirii istoriei sau culturii proprii.

De exemplu: orientare vocațională sau profesională pentru integrare mai eficientă, abilitare economică a unor persoane aparte, sesiuni informative, implicare în focus-grupuri, întâlniri multiculturale, excursii pentru adulți și copii, activități creative sau evenimente tipice culturii românești și ucrainene (*vezi studii de caz*).

²⁰ Imaginea preluată din: <https://semintedefericire.files.wordpress.com/2020/10/reziliencia.jpg>

În acest Ghid, ne vom opri la trei aspecte ale rezilienței: individual, de familie, de comunitate.

A. La nivel individual

Cu toții ne confruntăm cu traume, adversități și dificultăți, dar nu putem lupta sau fugi de ele la nesfârșit. Mai rezonabil și mai eficient este să elaborăm strategii, care să ne ajute să ne adaptăm la situațiile care ne pot schimba radical viața. Scopul acestor strategii este de a depăși situația dificilă și de a deveni mai puternici decât înainte de impact. Cu alte cuvinte, să ne construim reziliența²¹.

Rezistența unei persoane nu înseamnă absența dificultăților sau suferințelor. Oamenii care au suferit în viața lor adversități majore sau traume, se confruntă de obicei cu durere emoțională și stres. Drumul către reziliență este deseori pavat de o suferință emoțională considerabilă.

Reziliența implică *comportamente, gânduri și acțiuni*, pe care oricine le poate învăța și dezvolta. Și cercetările în domeniu au arătat că reziliența este obișnuită, nu extraordinară. Creșterea ei necesită timp, sprijin, ghidare, multă răbdare, tenacitate, determinare, și concentrarea pe patru componente de bază – *conexiune, bunăstare, scop (sens) și gândire sănătoasă*.

B. La nivel de familie

După un factor de stres sau o pierdere majoră, reziliența familiei implică menținerea funcționării ei în măsura posibilului, în patru domenii de bază: (1) apartenență (păstrarea – pe cât posibil – intactă a familiei); (2) educarea și îngrijirea copiilor și a tinerilor; (3) îngrijirea persoanelor vulnerabile (cum ar fi copiii și tinerii, bolnavii sau vârstnicii fragili); (4) sprijinul economic (Patterson, 2002)²².

C. La nivel de comunitate

Pentru sporirea rezilienței și reducerea riscului de apariție și dezvoltare a unor psihopatologii posttraumatice, atât Fundația ICAR cât și partenerul RTCV Memoria au implementat programe comprehensive de asistență, cu accent pe servicii medicale, de sănătate mintală și de sprijin psihosocial. S-au folosit platforme și rețele de comunicare existente (Facebook, Viber etc.) sau special create prin colaborare public-privată (dopompha.ro), de mare folos pentru logistica implementării proiectelor. Paginile web ale organizațiilor au fost actualizate cu informații în limba ucraineană/rusă. Comunitatea de ucraineni strămutați în România și Republica Moldova, formată preponderent din femei și copii, s-a orientat către aceste destinații nu numai pentru siguranța, ospitalitatea sau ajutoarele generoase oferite, ci și pentru apropierea geografică. Aceasta le-a dat posibilitatea de a se întoarce periodic în Ucraina, de a-și menține simțul civic și de apartenență la țara natală, de manifestare a sentimentelor de empatie și de compasiune față de rudele sau compatrioții de pe front. Va fi

²¹ <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>

²² J. M. Patterson. *Understanding family resilience*. 2002. <https://doi.org/10.1002/jcjp.10019>

interesant de studiat în ce măsură, această „navetă” transfrontalieră contribuie la integrare, chiar pe termen scurt, și în ce măsură va contribui la dezvoltarea comunităților de baștină, unde se va reveni (nu se știe în ce proporție) după război pentru reconstrucția Ucrainei. Oricum, acest tip de deplasare fără restricții a străinilor între țara gazdă și țara de origine, este o premieră absolută.

3.2. Noțiuni de reziliență pentru părinți și profesori

Copiii refugiați din Ucraina, însoțiți sau nu de părinți, întâmpină probleme generate de noul mediu în care trăiesc, de limba pe care nu o înțeleg, de regulile din sistemul de învățământ. Probleme asemănătoare întâmpină și copiii din țara gazdă. Neînțelegerile apărute au dus nu de puține ori la conflicte între cele două grupuri, la agresiune, bullying, izolare, retragere, la diverse manifestări din cohorta celor provocate de stres. Unul din factorii importanți care contribuie la reziliența copiilor, este prezența unui adult care îi susține²³, rolul părintelui și/sau al educatorului fiind de neprețuit. Cu toate acestea, dificultățile sau suferințele celor mici nu pot fi în întregime evitate.

Conform unor rețele de experți în materie, **construirea rezilienței la copii și adolescenți**²⁴ include unele abordări similare adulților, dar cu unele particularități.

3.3. Dezvoltarea posttraumatică

„Ceea ce nu ne doboară, ne face mai puternici”²⁵

Din experiențele noastre²⁶, am observat că unii pacienți au ieșit din istoricul lor de traumă, schimbați în bine, mult mai mult decât ne așteptam. Acest lucru ne-a confirmat existența a ceea ce se numește „*creștere posttraumatică*” sau altfel spus, „beneficiu posttraumatic”. Termenul a fost inventat de Richard Tedeschi și Lawrence Calhoun²⁷, pentru a descrie „*acele persoane care au trecut prin transformări profunde, în încercarea de a gestiona diverse tipuri de traume și circumstanțe dificile. Este vorba despre o schimbare psihologică pozitivă, care apare ca rezultat al luptei cu circumstanțe dificile de viață*”. Această dezvoltare pozitivă posttraumatică nu exclude efectele negative pe termen lung (ex. *perturbări ale funcționării psihologice generale, apariția simptomelor de depresie, anxietate și tulburare de stres posttraumatic*), care pot să apară în ciuda eforturilor de prevenire, sau cu atât mai mult, în lipsa lor. Situații foarte specifice, cum este cea a foștilor deținuți politici, a supraviețuitorilor

²³ <https://www.nctsn.org/resources/resilience-and-child-traumatic-stress>

²⁴ <https://www.apa.org/topics/resilience/guide-parents-teachers>

²⁵ Sau, „Ceea ce nu ne omoară, ne face mai puternici”, citat din Friedrich Nietzsche.

²⁶ <https://memoria.md/> si <https://www.icarfoundation.ro/ro/>

²⁷ Richard G. Tedeschi, PhD and Lawrence Calhoun, PhD. Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology. 2004

holocaustului sau a veteranilor de război, sunt analizate în numeroase studii pe care cei interesați le pot identifica și cerceta. Subiectul evoluției posttraumatice este vast.

Capitolul 4. Cum putem ajuta persoanele strămutate forțat din Ucraina

4.1. Noțiuni de reabilitare și asistență posttraumatică

După un eveniment traumatic, viața unui supraviețuitor se împarte în: „*până*” și „*după*” impact. Majoritatea persoanelor încep să se simtă mai bine după câteva săptămâni, dacă se află într-un context favorabil și în afara oricăror altor pericole și riscuri. În literatura de specialitate se pot găsi mult mai multe informații despre cum poate cineva să dezvolte PTSD decât despre *cum poate să se recupereze în mod natural*. De ce se întâmplă asta? Răspunsul vine de la individualitatea și complexitatea răspunsului la traumă, care depinde de mai mulți factori, precum și de nevoia unui ajutor specializat prompt, în cazul când supraviețuitorii traumelor se confruntă cu urmări grave sau simptome mai severe ale PTSD.

Din experiența mai multor centre de reabilitare care oferă sprijin pentru victime ale diferitor forme de violență interumană, inclusiv Fundația ICAR și RCTV Memoria, putem deduce existența anumitor factori, care contribuie la refacerea naturală a unei persoane, post-traumă²⁸:

- 1) *Sprijinul social*, inclusiv: (a) încrederea că alții oameni le pasă și că vor fi acolo, dacă va fi nevoie; (b) posibilitatea de a vorbi despre experiența sa și despre propriile reacții la traumă, cu oameni care înțeleg; (c) convingerea că există un sprijin empatic și că va fi auzit când va vorbi despre trauma trăită.
- 2) *Revenirea la viața obișnuită*, inclusiv: (a) la rutină, cum ar fi mersul la serviciu sau la școală, realizarea sarcinilor și menținerea unui regim corect de somn; (b) acceptarea memento-urilor traumei (fără a le evita); (c) păstrarea conexiunilor cu familia, prietenii și cu alte persoane importante.
- 3) *Înțelegerea a ceea ce s-a întâmplat*, inclusiv: (a) găsirea unor modalități utile și realiste de a integra trauma în modul gândirii despre sine, despre ceilalți oameni și despre lumea din jur; (b) observarea gândurilor inutile, cum ar fi auto-blamarea și găsirea unor gânduri mai utile, mai cu sens; (c) căutarea unor exemple de moduri în care s-a acționat anterior cu succes.

Pentru medici sau prestatori de servicii de sănătate mintală (*cum ar fi un psihiatru, psiholog, consilier sau asistent social*), dar și pentru supraviețuitori, *este foarte important să cunoască despre identificarea timpurie a PTSD, dacă simptomele care*

²⁸ <https://magazine.medlineplus.gov/article/ptsd-recovery-and-treatment>

au apărut: (1) durează mai mult de o lună; (2) sunt foarte deranjante (neplăcute); (3) generează perturbări în viața de zi cu zi.

Pentru PSFU, care se află acum în România și Republica Moldova, este foarte important să se asigure accesul la informații despre disponibilitatea diferitelor servicii, care le vor putea alina suferințele, i-ar ajuta să depășească consecințele posttraumatice și le vor oferi sprijinul necesar pentru sporirea rezilienței și dezvoltării posttraumatice.

În esența lor, *serviciile de asistență și reabilitare urmăresc să sporească independența și funcționarea fizică și psiho-socială eficientă a persoanei, pentru a o readuce la capacitatea anterioară, de până la traumă, pe cât de mult este posibil.*

Filozofia generală de reabilitare posttraumatică cuprinde *două strategii de intervenție*, care se aplică în combinație, în funcție de caz:

- 1) *Clinică*, cu centrarea pe victimă, pentru sprijin, vindecarea traumei, dezvoltarea resurselor interne și competențelor sale, pentru a face față mai eficient interacțiunii cu un mediu stresant, cu potențial advers;
- 2) *Ecologică*, cu orientare spre dezvoltarea resurselor de mediu, pentru a reduce factorii potențiali de stres.

În funcție de profilul persoanelor aflate în dificultate, dar și de resursele existente, există două modele principale de asistență și reabilitare:

- 1) *Intervenție bazată pe sprijin*, în cadrul căreia se pot oferi diferite servicii psiho-sociale, în baza unor protocoale sau planuri individuale de asistență, inițiate pentru rezolvarea diferitelor probleme. Acestea pot include acțiuni concrete de sprijin psiho-social: prim-ajutor psihologic, intervenții de urgență, consilieri, terapii și tratamente medicamentoase, pentru a diminua dimensiunea și gama suferințelor și problemelor cu care se confruntă;
- 2) *Intervenție bazată pe reziliență*, care se referă la ideea, că cei care oferă sprijin, ar trebui în primul rând să activeze maxim posibil resursele interne ale beneficiarului, pentru ca el însuși să poată face față cu succes problemelor sale, în măsura capacităților și abilităților. Cel care ajută, nu tinde spre lichidarea dificultăților beneficiarului, nu oferă rețete de-a gata cum să facă față problemelor, dar depune eforturi pentru a-l ajuta să gestioneze acțiunile sale, ca să-i consolideze capacitățile și încrederea în sine.

Cu alte cuvinte, *scopul reabilitării* persoanelor cu PTSD este nu numai de a recupera sănătatea pierdută, dar și de a facilita dezvoltarea de noi abilități de funcționare fizică și psihică, la un nivel optim (apropiat sau chiar mai bun decât cel de până la impact), astfel încât să poată continua viața cât mai eficient și trăită cu demnitate.

În baza acestor considerente, reabilitarea trebuie să prezinte un program complex, care să cuprindă o abordare comprehensivă a tuturor problemelor victimei și să răspundă la nevoile ei, în special celor legate de traumele suferite. Se are în vedere

acoperirea cât mai amplă, atât a efectelor directe ale traumelor suferite, precum și a celor indirecte, care influențează puternic starea de sănătate fizică și mintală, sau reduc considerabil funcționalitatea persoanei la toate nivelurile – fizic, mintal, emoțional, relațional, intelectual, spiritual etc.

4.2. Construirea unei practici informate despre traume

Atunci când o instituție este informată privind trauma, fiecare parte a sistemului său de organizare, gestionare și furnizare a serviciilor este evaluată și modificată, pentru a asigura o înțelegere comună și de bază, a modului în care traumele afectează viața persoanelor care au nevoie de sprijin, de servicii psiho-sociale și de sănătate mintală. Asemenea instituții necesită o structură organizațională deschisă spre diversitate, ca principiu fundamental, pentru a se lua în considerare sexul, etnia, vârsta, statutul socioeconomic, cultura și alte caracteristici ale beneficiarilor.

Cu o abordare informată despre traume, o instituție:

- 1) se angajează și acționează conform principiilor fundamentale ale siguranței, credibilității, colaborării, implicării și responsabilizării;
- 2) pune în valoare și respectă toți beneficiarii, alături de alegerea, autonomia, cultura și valorile lor, creând speranță și optimism pentru viitorul persoanelor trecute prin traume extreme, inclusiv traume de război.

Un sistem de servicii cu o perspectivă informată asupra traumei, este unul în care programele, agențiile și furnizorii de servicii:

- 1) efectuează examinări de rutină pentru depistarea expunerii beneficiarilor la violență/traume și identifică simptomele asociate traumei;
- 2) utilizează evaluarea și tratamentul bazat pe dovezi (probe), credibile pentru stresul traumatic și simptomele asociate cu sănătatea mintală;
- 3) pun la dispoziția copiilor, familiilor și tuturor prestatorilor de servicii resursele necesare privind trauma suferită (expunerea/martor la traume), impactul, consecințele și tratamentul acestora;
- 4) se angajează în eforturile de consolidare a factorilor de reziliență și de protecție a familiilor afectate de violență și vulnerabile la traume, în special a copiilor;
- 5) tratează trauma, precum și impactul traumei asupra întregului sistem familial;
- 6) subliniază continuitatea îngrijirii și colaborării între sistemele de servicii pentru supraviețuitori, în special pentru copii;
- 7) mențin un mediu de îngrijire a personalului care să abordeze, să minimizeze și să trateze stresul traumatic secundar și să sporească rezistența personalului la stres și la traumele suferite de către beneficiari.

Principiile-cheie²⁹ care stau la baza dezvoltării unei practici centrate pe traumă sunt următoarele:

- 1) siguranță (fizică și emoțională);
- 2) sprijin de la egal la egal;
- 3) încredere și transparență (construită în timp între supraviețuitor și prestatorii de servicii);
- 4) abilitare, voce, alegere și dobândire de competențe, pentru sporirea independenței (fizice, financiare);
- 5) maximizarea alegerii, luării de decizii și controlului asupra vieții sale;
- 6) colaborare și reciprocitate (partajarea responsabilităților și puterii decizionale);
- 7) construirea unor experiențe relaționale pozitive;
- 8) înțelegerea traumei, a prevalenței acesteia, a dinamicii și a impactului;
- 9) înțelegerea complexității victimei (capacitatea sa de coping și de reziliență; contextul religios, cultural, istoric, de gen etc.);
- 10) informarea personalului/prestatorilor de servicii despre experiențele traumatice – atât directe, cât și secundare (traumatizarea secundară)³⁰.

4.3. Elemente de bază în asistența posttraumatică

Pentru ca terapia traumei să conducă la rezultate pozitive, aceasta trebuie organizată și structurată astfel, ca să ajute, dar și să protejeze victima de o posibilă re-traumatizare. Lucrul terapeutic cu persoanele traumatizate este foarte delicat, pentru că ele pot fi foarte vulnerabile, psihic sau psiho-emoțional. Astfel, este important să fim foarte atenți la reacțiile acestora la traumă, ritmul lor de viață, precum și resursele interne de depășire a evenimentului traumatic.

În cartea sa, „*Corpul își amintește. Psihofiziologia și tratamentul traumei*” (2013) dar și în publicațiile ulterioare, autoarea americană Babette Rothschild³¹ a identificat mai multe elemente și aspecte, care sunt importante și necesar să fie respectate, când planificăm servicii de asistență pentru asemenea categorii de persoane profund traumatizate, cum sunt PSFU.

Noțiunile-cheie enumerate mai jos îi pot ajuta pe diferiți specialiști să acționeze mai eficient, mai constructiv și includ următoarele direcții sau recomandări:

- 1) Toți cei implicați în asistență, **trebuie să cunoască foarte bine teoria traumei**: ce este o traumă; tipuri de traume; efectele traumei în plan somatic, psihic, social; disocierea traumatică; integrarea traumei, precum și alte informații despre stres și traumă, prezentate în capitolele de mai sus. Teoria oferă și un cadru structurant pentru

²⁹ <https://www.blueknot.org.au/Home/Front-Page-News/ID/46/Trauma-informed-Practice-in-Domestic-and-Family-Violence-Services>

³⁰ <https://ioanastancu.ro/2014/07/13/principii-ale-terapii-traumei/>

³¹ Babette Rothschild. *Revolutionizing Trauma Treatment. STABILIZATION, SAFETY, & NERVOUS SYSTEM BALANCE*. 2021. <https://www.norton.co.uk/books/9781324016724-revolutionizing-trauma-treatment>

intervenția terapeutică, în funcție de caracteristicile, nevoile și problemele particulare ale pacientului;

2) Asigurarea **unui cadru de siguranță**, în timpul procesului terapeutic/de reabilitare, cât și în afara lui, adică un loc de trai sigur și care să nu includă stimulii declanșatori, ce pot reaminti de trauma suferită. În context terapeutic, dezvoltarea unei relații bune, care insuflă siguranță, constituie o condiție absolut necesară abordării terapeutice a traumei;

3) În cadrul interviului axat pe anamneză (efectuat la primele întâlniri), **se rămâne inițial la identificarea evenimentelor traumatice**, fără a intra în prea multe detalii;

4) Tot în interviul de anamneză **se identifică, obligatoriu și resursele interne ale persoanei**. Iar în ședințele ulterioare, se caută și modalități pentru dezvoltarea celor suplimentare. Resursele interne pot fi de mai multe tipuri:

a) **Funcționale**: un adăpost/o locuință în siguranță; facilități de transport și alte măsuri protective de muncă, acces la indemnizații, dacă e cazul;

b) **Fizice**: forță și rezistență fizică, abilități de muncă și de autoapărare, dacă e cazul;

c) **Psihice**: inteligență emoțională, simțul umorului, aptitudini, creativitate, responsabilitate, curiozitate, mecanisme de apărare ale eu-lui;

d) **Interpersonale și relaționale**: relații și interacțiuni cu familia, prietenii. Un aspect aparte este și prezența sau îngrijirea animalelor de companie;

e) **Spirituale**: credințe, viziuni și practici religioase.

5) **Identificarea modalităților de reducere a hiperexcitabilității psihice**. Aceste mijloace pot fi aspecte concrete, din realitate, ce oferă o stare de bine, și care alină tensiunea psihică: mișcarea, dansul, muzica, modelarea, bricolajul, pictura etc. Este important de reținut că abordarea traumei va fi întotdeauna legată de starea persoanei respective, iar atunci când tensiunea psihică crește, se introduc ancore în discursul terapeutic (de exemplu, *"Povestește-mi puțin despre evenimentul/momentul/locul acela, care îți place ție atât de mult"*).

6) În final, **trauma poate fi abordată terapeutic** astfel:

a) se începe cu descrierea succintă a evenimentelor traumatice;

b) se abordează mai întâi evenimentele care au urmat traumei (inclusiv deciziile luate și modificările survenite în sistemul de convingeri);

c) se abordează evenimentul traumatic selectat (deseori trauma centrală), respectând ritmul clientului și având ca obiective terapeutice:

- unificarea amintirilor anterior disociate (senzații corporale, emoții, gânduri, fapte) într-o istorie cu sens;

- eliminarea simptomelor asociate reamintirii evenimentului traumatic, cu „încheierea” traumei, prin plasarea ei în trecut;

- acordarea unei semnificații constructive, pentru perioada următoare din viața persoanei respective.

7) **Terapia trebuie adaptată nevoilor**. Este vorba de abordarea individuală, centrată pe victimă/pacient. Din aceste considerente, este bine de știut că o aceeași tehnică sau metodă de terapie, poate avea rezultate diferite la persoane diferite.

4.4. Abordări necesare pentru programe și servicii psiho-sociale eficiente

Succesul oricărui program de reabilitare medicală și psihosocială a victimelor diferitelor forme de violență, tortură sau război, depinde atât de colectarea și monitorizarea parametrilor clinico-biologici (consecințe fizice), cât și a consecințelor psihice și sociale. Pentru implementarea eficientă a programelor și atingerea obiectivelor în fiecare caz aparte, este necesar a se cunoaște, aplica și promova următoarele abordări:

1) **Abordarea centrată pe victimă**

Aceasta încearcă să minimizeze re-traumatizarea, iar dorințele, siguranța și bunăstarea victimei, au prioritate în toate chestiunile, acțiunile și procedurile legate de caz. Termenul-cheie este definit ca fiind *orientarea sistematică spre nevoile și preocupările victimei, căreia i se oferă servicii cu compasiune, într-o manieră sensibilă, nediscriminatorie și ne sentențioasă (fără a o judeca)*. Abordarea centrată pe victime are un rol esențial în sprijinirea drepturilor, demnității, autonomiei și autodeterminării victimelor.

2) **Abordarea centrată pe traumă**

Efectul traumei asupra unui individ poate fi conceptualizat ca un răspuns normal la o situație anormală. *Abordarea centrată pe traumă* recunoaște prioritatea traumei, sugerează sensibilitatea și informarea cu referire la impactul traumei asupra bunăstării emoționale, psihologice și sociale a indivizilor și a comunităților.

3) **Abordarea centrată pe reziliență**

Aceasta se concentrează, în primul rând, pe studierea resurselor, a capacităților, a factorilor, a punctelor forte și altor caracteristici ale oamenilor și comunităților, *pentru a ne îmbunătăți cunoștințele despre acest fenomen*. Abordarea cuprinde și cunoștințe despre sprijinirea copiilor și adulților care au suferit deja în urma diferitor evenimente traumatiche, *pentru a le oferi îngrijire, educație, asistență socială, psihoterapie și alte servicii necesare, pentru a preveni patologia psiho-socială*.

4) **Abordarea individuală**

Această abordare presupune că în elaborarea măsurilor de sprijin trebuie să fie luate în considerare toate caracteristicile și particularitățile pacientului. Este nevoie de o evaluare minuțioasă și o analiză detaliată a tuturor consecințelor posttraumatice. Ar trebui să fie identificate și analizate caracterul și evoluția consecințelor traumei, particularitățile de comportament și obiceiurile pacientului, condițiile de muncă și de viață. Combinarea acestor factori este unică și irepetabilă pentru fiecare persoană. Tot așa și programul de reabilitare trebuie să fie individual.

5) **Abordarea complexă sau comprehensivă**

Pentru a obține cele mai bune rezultate posibile, sunt utilizate metode complexe de reabilitare, inclusiv mijloace tehnice moderne și dispozitive de compensare, restabilire și de corecție a funcțiilor și abilităților perturbate de traumă, precum și metode recunoscute din medicina netraditională.

6) Abordarea participativă

Din experiența noastră, implicarea activă a beneficiarilor în procesul de reabilitare este foarte benefică pentru un rezultat de succes. Explicarea clară a scopurilor și obiectivelor programului, a esenței și succesiunii activităților, a mecanismului de acțiune, îi motivează semnificativ la o colaborare activă, pentru depășirea traumelor.

7) Abordarea integrativă

Plecând de la viziunea sistemică a ființei umane, de la conceptul corp-minte-spirit, prin abordarea integrativă, se obține o înțelegere unitară a complexității ființei umane, în ansamblul funcționalității manifestărilor sale, permițând evaluarea și tratamentul unitar al pacientului pe fiecare din palierele sale, păstrând viziunea întregului, respectând unicitatea persoanei în contextul universal³².

4.5. Primul ajutor psihologic în managementul crizei

Primul ajutor psihologic (PFA – Psychological First Aid) este eficient și necesar de aplicat în situații de criză, când ne confruntăm și cu o insuficiență a cadrelor pregătite în traumă. Dar PFA poate fi oferit și de alți specialiști (medici de alt profil, asistenți medicali, mediatori sau interpreți interculturali în sănătate, asistenți sociali etc.), după o pregătire și instruire scurtă.

Acordarea primului ajutor psihologic (PFA) implică respectarea a trei principii de acțiune sau regula celor trei „L”, din limba engleză:

1) LOOK – priviți. Este necesar:

- a) să se evalueze mai întâi situația, pericolele, precum și riscurile de siguranță și securitate;
- b) să se obțină informații despre evenimentul care are loc sau a avut loc;
- c) să se obțină informații despre cei care au nevoie de asistență – leziunile fizice, nevoile primare și de bază, precum și răspunsurile lor emoționale;

2) LISTEN – ascultați. Este necesar de efectuat următorii pași:

- a) abordarea persoanei care are nevoie de ajutor;
- b) vă prezentați, cât de detaliat posibil, ca să fie clar că sunteți acolo pentru el/ea/ei;
- c) fiți atent și ascultați activ;
- d) înțelegeți (și validați) sentimentele celeilalte persoane;
- e) calmați persoana aflată în criză;
- f) întrebați despre nevoile și preocupările cu care se confruntă;
- g) ajutați persoana aflată în criză cu nevoile imediate și încercați să căutați (împreună) soluții pentru problema(ele) identificată(e);

3) LINK – legați, faceți conexiuni și legături:

- a) puneți la dispoziție informații relevante, servicii și alte surse de asistență;
- b) ajutați-i să se conecteze sau să se reîntâlnească cu rudele, familia etc;
- c) oferiți asistență socială, umanitară ori ce este nevoie la moment;
- d) încercați să ajutați activ la rezolvarea problemelor.

³² <https://psihoterapieintegrativa.ro/ce-este-psihoterapia-integrativa/>

PFA este recomandat atât adulților, dar mai ales copiilor și adolescenților de vârstă școlară³³ care au trecut prin diferite situații traumatice. PFA poate fi utilizat în școli și în medii tradiționale. Metoda implică oferirea de confort și sprijin, pentru a-i ajuta pe copii să înțeleagă, că reacțiile lor sunt firești (normale), pentru o situație extremă în care au ajuns (anormală).

La adulți, PFA dezvoltă abilități de calmare și de rezolvare a problemelor. În cazul copiilor, PFA îi ajută pe ei și pe îngrijitorii lor să facă față schimbărilor în sentimentele și comportamentele lor. Copiii și adulții cu simptome mai severe pot fi îndrumați pentru tratament suplimentar, oferit de specialiști bine-instruiți.

4.6. Abordarea traumei la nivel comunitar

În contextul sprijinirii PSFU, subiectele privind trauma colectivă³⁴, precum și promovarea intervențiilor bazate pe comunitate, sunt foarte importante și relevante în vindecarea traumei, în prevenirea consecințelor tardive, a izolării și a retragerii sociale, precum și a violenței comunitare. Inițiativele de sănătate mintală, care pot face parte din tratamentul tulburărilor legate de traumă, includ:

- 1) sensibilizarea comunității și sensibilizarea recunoașterii traumei;
- 2) crearea de oportunități de formare și educație publică în traumă;
- 3) dezvoltarea de programe comunitare, care reunesc diferite categorii de persoane, într-un cadru pozitiv.

La nivel comunitar, există mai multe tipuri de intervenție, axate pe trauma colectivă și pe resursele comunitare (inclusiv reziliența comunitară)³⁵, care merită luate în considerare atunci când se planifică programe de sprijin al PSFU, dezvoltate atât în țările-gazdă, precum și în comunitățile din Ucraina (atât în etapa actuală, cât și după terminarea războiului).

O altă resursă importantă, care poate fi foarte utilă pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, sănătății publice, asistență socială, precum și alte domenii, care lucrează sau vor lucra în continuare în programe de răspuns la criza umanitară și nevoile PSFU, este Ghidul „*Collective Trauma, Collective Healing*”³⁶.

Acest Ghid de bune practici oferă un cadru atât teoretic, cât și practic, pe care profesioniștii îl pot folosi pentru a-și dezvolta propria intervenție bazată pe comunitate, pentru tratarea traumei și furnizarea de servicii clinice adecvate, atât din aspect cultural, cât și contextual. Conținutul se bazează și pe experiența noastră de lucru cu

³³ <https://www.unicef.org/armenia/en/stories/how-provide-psychological-first-aid>

³⁴ <https://familyforwardmo.org/news-insights/what-is-collective-trauma-and-how-can-we-heal/>

³⁵ <https://www.ctipp.org/post/guide-to-trauma-informed-community-change>

³⁶ <https://www.routledge.com/Collective-Trauma-Collective-Healing-Promoting-Community-Resilience-in/Saul/p/book/9781032139074>

PSFU, care au beneficiat de servicii de reabilitare și integrare socială, începând cu primul val de refugiați din Ucraina, apărut din februarie 2022.

Din limita spațiului destinat prezentei lucrări, nu ne putem permite să ne oprim în detalii la anumite metode sau tehnici de intervenție, dar putem enumera două, cele mai relevante:

- 1) **Terapia bazată pe comunitate** este benefică în special pentru copii, precum și pentru persoanele care locuiesc în spații de cazare și au nevoie de sprijin. Dar poate fi utilă și pentru alte grupuri de persoane – adulți, adolescenți, copii, care împărtășesc probleme similare din cauza diferitor traume suferite. În aceste situații, se oferă educație psihologică și sprijin continuu atât lor, cât și familiilor și îngrijitorilor, adoptând în același timp o abordare centrată pe traumă, pe familie și bazată pe punctele forte sau pe reziliența beneficiarilor. Există o mulțime de beneficii în alegerea terapiei bazate pe comunitate, dintre care putem enumera: (a) *grijă de sine mai bună*; (b) *abilitați sociale crescute*; (c) *acces mai ușor la comunitate*; (d) *sprijinirea vieții independente, mai ales în cazul persoanelor cu nevoi speciale*; (e) *facilitarea accesului la instituții și entități de sănătate, de creație, odihnă și relaxare*;
- 2) **Socioterapia** se adresează de obicei copiilor, tinerilor și vârstnicilor, care se află în contexte specifice (de exemplu, cei care locuiesc în unități de cazare). Alături de socioterapia favorizează inserția beneficiarilor în anumite grupuri, unde sunt direct implicați în gestionarea cazului lor și în dezvoltarea unor anumite programe de sprijin și îngrijire. Socioterapia face parte din psihoterapia integratoare și poate include: (a) *activități ocupaționale, prin care se trezește interesul pacienților pentru o anumită activitate*; (b) *terapie prin muncă sau ergoterapie*; (c) *socioterapia de grup, care folosind dinamica psihologică de grup, duce la reintegrarea pacienților (în grup, familie și în societate)*.

Capitolul 5. Pași și acțiuni pentru un răspuns eficient la criza refugiaților din Ucraina

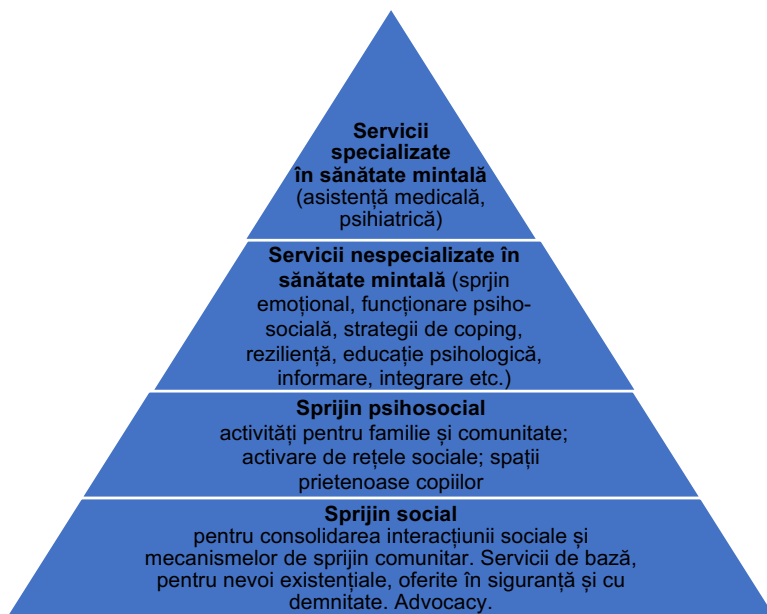
5.1. Programe și activități implementate în sprijinul PSFU

Organizarea serviciilor destinate unui grup atât de mare, divers și dinamic, cum este cel al PSFU, într-un context sociopolitic local și regional foarte complicat, nu este un lucru atât de ușor. Este nevoie de o mobilizare continuă, cu sistematizarea corectă a informației, cu planificarea eficientă a acțiunilor și resurselor.

În 2007, Comitetul permanent inter-agenții (IASC), a făcut public un *Ghid privind sănătatea mintală și sprijinul psihosocial în situații de urgență*³⁷, care emite direcții clare, pentru a le permite diferitor actori umanitari să planifice, să stabilească și să coordoneze un set de răspunsuri multisectoriale minime, pentru a proteja și îmbunătăți sănătatea mintală și bunăstarea psihosocială a oamenilor, în mijlocul unei situații de urgență, așa cum a devenit criza umanitară declanșată de războiul din Ucraina.

Activitățile implementate de către Fundația ICAR și RCTV Memoria, în parteneriate locale și internaționale, sunt în concordanță cu standardele internaționale și reflectă experiențe acumulate la nivel mondial în domeniul dezvoltării serviciilor de sănătate mintală și psihosociale, pentru situații de criză³⁸. (Pentru mai multe informații, vedeți studiile de caz, la nivel individual și de grup, din acest ghid).

Modelul piramidal pentru servicii psiho-sociale, promovat la nivel internațional, include 4 paliere de intervenție, câte două pentru fiecare domeniu important de activitate: (A) Sănătate mintală și (B) Servicii psihosociale. Pentru a oferi o claritate mai bună programelor dezvoltate la nivel local, acest model prevede și formarea unor parteneriate viabile, cu cartografierea serviciilor și dezvoltarea sistemelor de referință, pentru a oferi o asistență cât mai potrivită, necesară și eficientă, în limita resurselor disponibile.



³⁷ IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
<https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial%200.pdf>

³⁸ ICRC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support
<https://www.icrc.org/en/publication/4311-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support>

- A. Activitățile de sănătate mintală** dezvoltate pentru situații de criză, pot include:
- a) *Sesiuni de formare, schimb de experiență, instruire* pentru lucrătorii și profesioniștii locali din domeniul sănătății mintale, care au fost adaptate la rolul și atribuțiile lor specifice, la nevoile psihologice ale comunității afectate, precum și la cultura și contextul local.
 - b) *Consolidarea capacităților diferitor alți specialiști*³⁹, prin formare în abilități de sprijin psihologic de bază (inclusiv primul ajutor psihologic) și/sau abilități de sprijin psihoterapeutic. Se referă la: personalul de asistență medicală și de urgență; personalul din spitale; profesorii din școli; asistenți sociali; mediatori interculturali în sănătate.
 - c) *Sprijinul psihologic de bază (individual și de grup)* are drept scop principal ajutarea oamenilor să-și îmbunătățească funcționarea imediată. Este oferit de diferiți specialiști, care au un nivel diferit de pregătire, dar au fost și instruiți, pentru a oferi *un mediu sigur, psihoeducație și a crea grupuri de sprijin*.
 - d) *Sprijinul psihoterapeutic* (individual și de grup) este oferit de specialiști (psihologi, psihoterapeuți) calificați și instruiți în a oferi suport psihoterapeutic, pentru: reducerea simptomelor de suferință, îmbunătățirea funcționării zilnice și a strategiilor de coping psihologic.
 - e) *Îngrijirea specializată, inclusiv psihiatrică*, este oferită în centre comunitare de sănătate mintală și spitale specializate, care trebuie să fie cartografiate și incluse în sistemul de referință, pentru a facilita trimiterea cazurilor severe.
- B. Activitățile de sprijin psihosocial**, în care actorii-cheie ai comunității sunt instruiți și sprijiniți pentru a identifica nevoile psihosociale și a oferi un răspuns adecvat, pot să includă, dar nu se limitează la:
- a) facilitarea unor grupuri de sprijin de la egal la egal sau pentru activități psihosociale;
 - b) activități de informare și/sau de sensibilizare;
 - c) facilitarea accesului prin trimiterea către furnizori de servicii de calitate, din sistemul de referință disponibil sau dezvoltat;
 - d) ajutor pentru psihiatrii locali, ca să încorporeze elemente psihosociale în îngrijirea pe care o oferă persoanelor cu simptome mai grave sau severe;
 - e) monitorizarea, urmărirea (follow-up) și supravegherea cazurilor.

Activitățile de grup, cum ar fi grupurile de sprijin sau activitățile sociale, ajută la combaterea izolării, la îmbunătățirea bunăstării psihologice, la creșterea capacităților de coping și rezilienței. Aceste activități le oferă supraviețuitorilor oportunitatea de a întâlni oameni care au trecut prin experiențe similare și de a construi o rețea de sprijin social.

³⁹ IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial_0.pdf

Activitățile de informare și sensibilizare prezintă adesea un aspect psihosocial și sunt frecvent implementate ca parte a unei strategii de mobilizare a comunității, într-un efort de a implica membrii și de a consolida rețelele de sprijin comunitare noi și existente. *Cooperarea prin sisteme de referință* implică crearea unei rețele multidisciplinare, în care se fac trimeri în timp util, pentru cazurile identificate cu nevoi suplimentare de protecție, sănătate, economice sau juridice.

5.2. Noțiuni de etică și deontologie în domeniul sănătății

Etica include *valorile și normele morale* și reprezintă o știință despre comportamentul moral, în timp ce morala include *norme și principii*, care ghidează relațiile umane și reprezintă tipurile sau modelele ideale de comportament.

Etica reprezintă înțelegerea naturii conflictelor, care decurg din imperativele morale și modul în care putem să le rezolvăm cel mai bine. Etica nu decide ce este corect sau greșit, din punct de vedere moral, ci mai degrabă ia în considerare cum ar trebui să acționăm cel mai bine, prin prisma atribuțiilor și obligațiilor, ca agenți morali.

Etica Medicală este o disciplină practică, precum și o ramură a filozofiei morale. Etica este o parte integrantă a bunei practici medicale. Clinicienii au obligații specifice de îngrijire față de pacienți și față de societate. Principiul central al eticii medicale moderne este respectul pentru autonomia pacientului și principiul fundamental al consimțământului informat.

Etica se referă la alegerile pe care le facem și la acțiunile noastre, în legătură cu aceste alegeri. Ea se ocupă de alegerile făcute și de clinicieni, și de pacienți, precum și de atribuțiile și obligațiile medicilor față de pacienții lor.

Etica medicală se ocupă, de asemenea și de alegerile făcute de societate, de distribuția resurselor, de accesul la îngrijiri medicale și de dilemele care decurg din acestea. Etica se ocupă de alegeri. În cazul în care nu există opțiuni, nu este nevoie de etică. Modul în care trăim, implică alegeri care ne afectează pe noi înșine și pe alții, atât cu potențialul de a beneficia, cât și de a dăuna (consecințele).

Atunci când apar dileme etice, cea mai bună abordare este aceea de a gândi logic și metodic, prin prisma principiilor etice. **Metoda celor patru subiecte** este o modalitate de a oferi un cadru în care clinicianul, care se confruntă cu o problemă etică, analizează cazul într-o formă obiectivă. Metoda elaborată de Jonsen, Siegler și Winslade în 1982⁴⁰, corespunde principiilor etice ale Autonomiei, Facerea de bine, Nefacerea de rău și Justiție, și include următoarele aspecte:

- 1) *Preferințele pacientului* (autonomie);
- 2) *Indicații medicale* (Facerea de bine, Nefacerea de rău);
- 3) *Calitatea vieții* (Facerea de bine, Nefacerea de rău și Autonomie);

⁴⁰ The “four quadrants” approach to clinical ethics case analysis; an application and review.

4) *Caracteristici contextuale* (Justiție: loialitate și corectitudine).



Aplicarea oricăroră dintre aceste principii poate fi uneori în conflict cu unul sau mai multe dintre celelalte.

Deontologia poate fi definită ca știința despre obligații, datorii. Domeniile care îi sunt subordonate vizează *datoria, obligațiile, regulile, normele morale și obligațiile profesionale*. Dicționarul lui Miriam Webster⁴¹ definește termenul deontologie ca „*teoria sau studiul obligațiilor morale*”, în timp ce Enciclopedia Stanford de filosofie precizează că termenul deontologie derivă din cuvintele grecești *datorie* (deon) și *știință* (logos), adică *știința despre datorie*.

Deontologia medicală se referă la etica profesională a lucrătorilor medicali și principiile de comportament ale personalului medical, *orientate spre beneficiul maxim al tratamentului*. Deontologia medicală include probleme de respectare a confidențialității medicale, problema gradului de răspundere a lucrătorului medical pentru viața și sănătatea pacientului și problemele legate de relațiile lucrătorilor medicali între ei. În conformitate cu deontologia medicală, în raport cu pacientul, lucrătorul medical trebuie să acorde o atenție maximă și să-și aplice toate cunoștințele pentru a restabili sănătatea pacientului sau pentru a-l ajuta.

Medicul trebuie să transmită pacienților numai informații despre sănătatea lor, care vor fi benefice și vor stabili un contact mai bun dintre pacient și medic. Un cod internațional de etică medicală a fost ratificat (1949) de Asociația Medicală Mondială de la Geneva.

5.3. Rolul mediatorilor interculturali în sănătate, în asistența PSFU

Odată ajunși în România, PSFU se confruntau cu diverse probleme legate de accesul la informații și servicii, la asistența medicală, de integrare socială, ca urmare a specificului local diferit de cel din Ucraina și a barierei lingvistice. Deoarece aceste

⁴¹ <https://www.merriam-webster.com/dictionary/deontology>

probleme impun o interacțiune a PSFU cu diverse instituții, a apărut necesitatea formării unui grup profesional nou pentru România – *mediatorii interculturali în sănătate*, chiar dacă încă nu apar în nomenclatorul profesiilor.

Rolul lor principal este legat de interpretarea conversațiilor, dar și medierea între PSFU și diferite instituții relevante, preponderent medicale și sociale, cu scopul de a ușura comunicarea și înțelegerea reciprocă. Din aceste considerente, linia de demarcare între atribuțiile interpreților și mediatorilor interculturali a devenit una mai puțin distinctă.

Mediatorul și interpretul intercultural folosește propriile sale cunoștințe lingvistice și culturale, capacitatea sa de relaționare cu alții, pentru a putea interpreta mai bine și a exprima caracteristicile și nevoile PSFU.

Comunicarea eficientă se află în centrul medierii și asistenței de succes. Cei care decid să devină interpreți și mediatori interculturali trebuie să folosească abilități puternice de comunicare, pentru a înțelege esența problemelor, a intra în legătură cu părțile și pentru a le ajuta să se angajeze într-un schimb constructiv de informații, necesare soluționării problemelor (de sănătate, sociale etc).

Abilitățile-cheie de comunicare în interpretarea și medierea interculturală, sunt:

- a) *ascultarea atentă a părților* (de ex.: cu simetria posturii față de părți (imparțialitate), cu fața zâmbitoare, predispoziție pentru ascultarea ambelor părți etc.);
- b) *rezumarea informațiilor primite* (din cauza timpului limitat);
- c) *gestionarea emoțiilor*, care pot să apară (aspect inevitabil când se lucrează cu persoanele traumatizate);
- d) *chestionare eficientă a părților*, dacă apar neclarități (ca să adune informații de bună calitate). Întrebările potrivite ajută părțile și mediatorii/interpreții să înțeleagă mai bine care sunt problemele;
- e) *neutralizarea unor informații* care pot dăuna;
- f) *reîncadrarea unor informații*, dacă este necesar, folosind propriile cunoștințe în oarecare domeniu;
- g) *traducerea informațiilor exacte*, fără a interveni suplimentar.

Un mediator sau interpret intercultural în sănătate, este văzut astfel:

- 1) **De încredere.** Un bun mediator sau interpret inspiră încredere, va păstra confidențialitatea tuturor discuțiilor și va folosi orice informație pe care o primește, pentru a ajuta părțile să ajungă la o soluție acceptabilă situației. Dacă maniera de lucru reflectă sinceritate, forță și corectitudine, ambele părți implicate pot fi mai cooperante și mai receptive la procesul de interacțiune.
- 2) **Accesibil.** Mediatorii și interpreții buni sunt văzuți ca fiind prietenoși, empatici și respectuoși. Ei ascultă cu atenție, apreciază emoțiile și nevoile care stau la baza fiecărei conversații și par a fi cu adevărat preocupați de bunăstarea tuturor celor implicați.

- 3) **Dedicat.** Devotamentul este o calitate excelentă pentru toți profesioniștii, iar mediatorii și interpreții interculturali nu fac excepție. Când ei dedică timp, pentru a se pregăti corespunzător și a lucra cu sârguință, rezultatele pozitive și eficiența lor crește. Beneficiarii percep rapid când se depune un efort suplimentar, pentru a ajunge la o concluzie corectă și un rezultat bun.
- 4) **Inteligent / ager la minte.** Mediatorii și interpreții interculturali trebuie să poată înțelege rapid o situație, să înțeleagă complicitățile și dinamica acesteia și să ofere o înțelegere mai clară pentru ambele părți.
- 5) **Imparțial.** Imparțialitatea este la fel de importantă, ca abordabilitatea. Pentru a fi eficient, un mediator sau interpret intercultural trebuie să fie capabil să-și controleze sentimentele și să nu investească emoțional în rezultatul procedurilor. În acest fel, ei sunt mai capabili să ajute ambele părți să-și realizeze obiectivele.

Dacă în România profesia de interpret sau mediator intercultural este la începuturile ei, în restul Europei lucrurile par a fi ceva mai avansate⁴². De exemplu, în Italia, mediatorul intercultural își are rolul său bine definit de a facilita accesul la servicii, atât publice cât și private, pe teritoriul de reședință al imigrantului, oferind:

- *consiliere*, pentru a găsi cele mai adecvate soluții la problemele străinilor și la planificarea acțiunilor în teritoriu, sugerând modalități de a face față și propunând soluții posibile operatorilor sociali;
- *activități interculturale în diferite domenii*: judiciar (instanțe și penitenciare), asistență socio-sanitară (cabinete medicale, clinici și spitale), birouri ale administrației publice și firme private;
- *conexiune*, colaborând cu cadrele didactice de la școlile primare din Italia pentru a facilita integrarea copiilor imigranți și a participa la proiecte de educație multiculturală;

Formarea acestor medieri interculturali în alte țări, are loc printr-un curs gratuit de cca 600 ore, oferind instruire de bază cu privire la legislația locală, în materie de imigrare, drepturile și obligațiile străinilor, funcționarea instituțiilor socio-sanitare, elemente de psihologie și de comunicare verbală/nonverbală, la care se adaugă și o instruire practică. Cursul se finalizează cu examen, în urma căruia se obține un certificat de specializare profesională.

În contextul crizei refugiaților din Ucraina ajunși în România, a apărut și nevoia de medieri interculturali în sănătate – persoane cu competențe lingvistice potrivite, preponderent și vorbitoare de limbă rusă sau ucraineană – solicitate pentru soluționarea problemelor existențiale – legate de trai, alimentație, acces la servicii sociale și de sănătate. Specialiști din diferite domenii, care au ajuns să aibă rol de interpret sau mediator intercultural în sănătate, trebuiau să învețe din mers lucruri noi

⁴² Burete A. <http://www.medierenet.ro/2012/11/09/mediatorul-intercultural/>

și să-și dezvolte abilități noi, necesare activităților și intervențiilor solicitate de către PSFU. În mare parte și datorită lor, România a ajuns să răspundă prompt și eficient la multe dintre problemele PSFU.

Așadar, medierea interculturală este o profesie care presupune multe greutăți, multe riscuri și care nu întotdeauna aduce satisfacții profesionale. Dar satisfacțiile apar mai ales pe măsură ce apar și rezultatele. Iar rezultatele în gestionarea crizei refugiaților ucraineni în România sunt deja foarte vizibile și înalt apreciate la nivel național și internațional. România a devenit un exemplu pentru alte state și acest lucru trebuie să fie și un prilej de mândrie pentru toți cei care s-au implicat în gestionarea crizei și soluționarea problemelor PSFU, inclusiv interpreții și mediatorii interculturali în sănătate.

Pentru a înțelege mai bine rolul unui mediator/interpret cultural, relatăm mai jos un caz de care s-a ocupat doamna Chakiba Marcolan, interpret comunitar, Geneva.

Date despre beneficiar: Persoană de sex feminin, în vârstă de 15 ani, originară din Magreb.

Situația la prezentare: Solicitantă de azil în Elveția, analfabetă, vorbește foarte puțin limba franceză.

Istoric: La frontieră s-a procedat la evaluarea sanitară standard: control medical, recoltare pentru teste hematologice, vaccinare, discuții cu asistentele medicale. Astfel s-a aflat că tânăra este însărcinată. Întreg personalul elvețian implicat (asistentele medicale, medicul ginecolog, asistentul social) au încercat să o convingă să avorteze, după ce au aflat că sarcina este urmare a violurilor multiple petrecute în timpul traseului migrator spre Europa.

Beneficiara a refuzat categoric această alternativă, situație în care s-a apelat la ajutorul mediatorului/interpretului intercultural (comunitar, cum este denumit în Elveția), doamna Chakiba Marcolan. Aceasta constată ca beneficiara manifestă o anume lipsă de încredere în cei din jur și o rezistență clară la perspectiva unei întreruperi voluntare de sarcină. Pe de altă parte, constată și numeroasele prejudecăți ale echipei elvețiene, care a considerat că un copil născut dintr-o sarcină în afara căsătoriei și în urma unui viol, va complica viața tinerei femei, și-i va reaminti permanent contextul traumatic.

Doamna Marcolan a explicat, pentru fiecare parte, lucrurile care nu le erau familiare. I-a explicat tinerei beneficiare că legea elvețiană permite întreruperea de sarcină, dar nu mai târziu de 12 săptămâni, și că această limitare de timp era motivul pentru care echipa elvețiană părea insistentă. Beneficiara nu știa acest lucru și nu înțelegea nici de ce sunt atâtea persoane în jur. Doamna Marcolan i-a clarificat toate nelămuririle și apoi a explicat și echipei elvețiene câteva aspecte culturale legate de sarcină și naștere în țara de origine a beneficiarei: în țările musulmane, nașterea permite două eliberări,

nașterea copilului și purificarea mamei. Deci pentru tânără, chiar dacă sarcina era rezultatul unui viol, nașterea îi permitea purificarea și începerea unui noi vieți. Astfel ea a păstrat sarcina, doamna Marcolan a rămas în contact cu ea, urmărind evoluția sarcinii și apoi nașterea. (Acest caz a fost prezentat la cursurile Școlii de Moașe de la Geneva de către doamna Marcolan)

Din această prezentare de caz, se poate vedea diferența dintre traducător și interpretul/mediatorul intercultural, așa cum este acesta înțeles în Elveția.

La început a fost postura de traducător, pentru că s-a făcut doar traducere simultană (franceză-arabă). După aceea, a intervenit rolul de mediator intercultural, care a explicat ambelor părți lucrurile care le erau necunoscute sau insuficient de clare și care țineau de două culturi diferite.

Reiese din acest caz că rolul interpreților/mediatorilor interculturali este nu numai de traducere dintr-o limbă în alta, ci și de înțelegere a unor situații. Prezența lor este o contribuție prețioasă pentru ambele părți: pentru profesioniștii care oferă servicii și pentru migranții care le primesc. Aceștia din urmă vor înțelege și accepta în cunoștință de cauză ceea ce li se propune/oferă. De obicei, acceptarea unor intervenții de către beneficiari depinde, în mare măsură de abilitățile și experiența acestor interpreți/mediatori interculturali.

5.4. „Burn-out Syndrom” (Sindromul de suprasolicitare)

*„Aliis inserviendo consumor. Aliis lucens uror”.
„Slujind altora, mă consum. Luminând pentru alții, eu ard”.*

Numele sindromului vine din limba engleză, împrumutat fiind de pe scena ilicită a drogurilor, care trimitea la efectele devastatoare ale abuzului lor cronic. A fost introdus în limbajul psihologilor în anii '70, generând o veritabilă „industrie a „burn-out”-ului cu o ofertă imensă de ateliere, cursuri, consiliere, psihoterapie și alte tipuri de intervenții psihologice. Toate acestea în pofida sărăciei de studii care să măsoare valoarea științifică a intervențiilor sau a programelor de prevenție. Barierele cele mai serioase au fost și rămân proiectarea grupului de control și punerea în aplicare a principiului „dublu orb”. Actualmente, acest sindrom este definit ca un fenomen ocupațional, care apare datorită unor factori de stres cronic la locul de muncă. Deși inițial s-a considerat că este specific celor care lucrează în domeniul îngrijirilor medicale/de sănătate, s-a constatat ulterior că poate afecta orice categorie socială actuală, generând costuri semnificative atât pentru indivizi, cât și pentru organizații⁴³. Se poate asocia cu: productivitatea redusă; dereglări psiho-somatice (cefalee, dereglări de somn, disfuncții sexuale, oscilații ale tensiunii arteriale, probleme cardiace, astenie); neliniște

⁴³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834764/>

nemotivată/anxietate; stări de depresie, abuz de alcool și alte substanțe psiho-active; automedicație.

Există însă și cauze interne, care țin de individ, și care pot duce la apariția sindromului. Una poate ține de **stilul de viață**, cu dezechilibre între activitatea profesională și cea personală. Alta poate fi legată de **tipul personalității**: tendințe de perfecționism, rigiditate emoțională, probleme de sănătate mintală, sau traume neidentificate, latente.

Schematic, se poate reprezenta (a) „intrarea” și (b) „ieșirea” din acest sindrom, cu sublinierea că variațiile individuale pot schimba complet reprezentările:

a. Disconfort instalat în timp⁴⁴ (nu se limitează doar la sfera profesională)

- 1) *așteptări prea mari*
- 2) *muncă grea, remunerare mică*
- 3) *efort crescut, fără rezultat*
- 4) *nu se vede capătul*
- 5) *furie față de alții*
- 6) *epuizare mentală și fizică*
- 7) *cădere spre cinism*
- 8) *sentimente de disperare și lipsa speranței*
- 9) *lipsa încrederii într-un viitor mai bun*
- 10) *colaps*

b. Posibilități de vindecare și stabilizare a stării de sănătate fizică și mintală

- 1) *la o pauză*
- 2) *Repară/restabilește resursele*
- 3) *Reconectează-te cu familia/prietenii*
- 4) *Scapă de iluzii*
- 5) *Nu mai blama pe alții*
- 6) *Definește un viitor mai bun*
- 7) *Stabilește punctul final și tine-l la vedere*
- 8) *Eforturi raționale vs. rezultate*
- 9) *Acceptă că munca grea nu e răspunsul*
- 10) *Stabilește așteptări realiste*

Strategiile de bază pentru depășirea SAP⁴⁵, se axează pe 4 elemente: (1) Conștientizarea faptului că problema dată există; (2) Acceptarea responsabilității pentru realizarea unor acțiuni legate de această problemă; (3) Realizarea unei clarități cognitive asupra situației; (4) Dezvoltarea noilor metode de a reduce simptomele și de a recupera ce s-a pierdut.

⁴⁴ <https://www.underwatertales.net/en/2021/06/18/diving-heals-patients-with-post-traumatic-stress/>

⁴⁵ Sindromul arderii psiho-emoționale

Pentru a face față propriilor sentimente, **Strategia NARC**, include 4 acțiuni:

N = Name the feeling (Numește sentimentul);

A = Accept the feeling (Acceptă sentimentul);

R = Reflect on the feeling and it's consequences (Reflectează asupra sentimentului și consecințelor acestuia);

C = Consult a trusted colleague (Consultă un coleg de încredere).

Strategia propusă de experții ABBOT include 4 elemente-cheie (asemănătoare cu conceptul SBSM – SmartBody SmartMind⁴⁶ (Corp inteligent, Minte Inteligentă): (1) **Mișcare multă, cu regularitate** (Mișcarea e viață); (2) **Lecțiile învățate**: „Am mai trecut prin dificultăți, va trece și asta”; (3) **Mănâncă sănătos** (dar nu uita și de apă); (4) **Găsiți conexiunea perfectă** (familie, prieteni).

PROGRAMUL DE 5 PAȘI (SCHIMBĂRI) PENTRU DEPĂȘIREA SAP, PROPUȘ DE JOY IROBI⁴⁷

1) **Preluarea controlului cu asumarea deplină a tot ce te frământă**: Control asupra gândurilor; Acceptarea și controlul sentimentelor negative și lipsite de importanță, definind succesul în viață; Concentrare pe soluții durabile; Stoparea haosului emoțional și revizuirea comportamentului vicios; Dirijarea schimbării, prin atenție focalizată (pe succes, pe soluții); Menținerea accentelor pe obiectivele legate de serviciu și de relații; „*Viața este despre viitor, nu despre trecut*”.

2) **Luarea deciziilor mai bune**: *Cât de gândită (la scop) este alegerea ta? Alegeți în mod deliberat să rămâneți calm, atunci când se declanșează o furtună; Fii pro activ și nu reactiv la emoțiile negative;*

3) **Arma secretă – forțele interioare!** Există 7 forțe care îți modelează destinul/energia continuă, focusare, performanță: (1) Energia, sănătatea fizică, vitalitatea; (2) Relaționarea, socializarea; (3) Personalitatea, atitudinea; (4) Echilibrul emoțional (forța emoțiilor); (5) Creativitatea și vocația; (6) Concentrarea mentală – „next level” în dezvoltarea personală; (7) Conexiunea cu Universul (spiritualitatea/transcendența).

4) **Valorificarea talentului**: Conectează talentul cu munca; Transformă pasiunea în scop; Atitudine corectă și creativitate; Angajament vs. emoții (negative și pozitive); Lasă o moștenire durabilă în urma ta.

5) **Investirea în mentorat**: Caută un mentor, când ai nevoie și fii un mentor, când e nevoie de tine; Nu le face pe toate singur; Conectează-te la un grup de mentorat (inteligent emoțional); Eliberează energie, inspiră pe alții, pentru a trăi mai bine și a te bucura atât de succesul tău, cât și al celorlalți.

⁴⁶ <https://smartbodysmartmind.com/>

⁴⁷ <https://burnoutandfortitude.com/>

În concluzie, pentru a face față unor situații de stres, pe lângă o sănătate bună, trebuie să avem o implicare armonioasă și echilibrată (între a oferi și a primi), în cel puțin 5 domenii importante: (1) Familie și viața personală; (2) Educație și dezvoltarea personală continuă (studii, educație neformală, auto-instruire, mentorat, etc.); (3) Loc de muncă (pentru trai decent, creșterea încrederii și a respectului față de sine); (4) Hobby (activități creative și re-creative, care să aducă satisfacție, ameliorarea stării psihologice, un mic venit etc.); (5) Societate și prieteni (socializare; sentimentul de membru util și cu drepturi depline al societății).

La nivel de grup (familie, echipă), ținem minte un lucru important: „*Containerul*” grupului este întotdeauna mai mare decât suma conținutului containerelor membrilor grupului. *Atenție maximă la ce se adună în aceste containere! Ce facem cu ele? Cu ce le umplem? Căutăm țapul ispășitor sau avem grijă de fiecare container în parte, precum și de cel al grupului?*

Nu uitați niciodată de resursele interne, de reziliență, de optimism și de colacul de salvare – simțul umorului! Poate fi și cel mai important lucru uneori.

Capitolul 6. Experiența Fundației ICAR și a RCTV Memoria în lucrul cu persoanele strămutate forțat din Ucraina – studii de caz

Încă de la începutul invaziei Ucrainei de către armata rusă și a pătrunderii pe teritoriul României și al Republicii Moldova a persoanelor care au fugit din calea rușilor, atât Fundația ICAR, cât și partenerul RCTV Memoria au derulat diverse activități venite în sprijinul acestora. Din experiența avută până acum, redăm mai jos câteva cazuri relevante.

(1). Fundația ICAR. Servicii pentru PSFU. Asistență individuală

| Profilul persoanei asistate | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------|---|
| Cod de identificare: cazul O. | Data înregistrării: 21.07.2023 | Vârsta: 38 ani | Genul: F | Domiciliul actual: București, România |
| Starea civilă: Căsătorită, Soțul a rămas în Ucraina. | | | | |
| Copii (genul, vârsta): Băiat, 10 ani | | | | |
| Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.): Studii superioare - Drept, Avocat. Momentan lucrează ca învățătoare pentru copiii claselor primare într-un hub din București. | | | | |
| Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie/adolescență etc.: Înainte de război, mama sa a fost diagnosticată cu cancer pulmonar și urma un tratament pentru boală. La începutul războiului, mama urma să fie operată la Kiev, însă cu câteva zile înainte de a ajunge în capitala Ucrainei, au fost mai multe bombardamente care au făcut imposibil acest lucru. | | | | |

| |
|---|
| <p>Descrierea cazului: De unde s-a refugiat și motivele refugierii: S-a refugiat din Ismail, chiar dacă la momentul plecării din Ucraina acesta nu era un oraș expus atacurilor militare.</p> <p>Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite, în contextul războiului: Având în vedere diagnosticul mamei sale, au fost nevoite să se refugieze în România, alegând să locuiască în București. Aici au reușit să găsească medici care au preluat cazul și au început tratamentul pentru cancerul pulmonar al mamei.</p> |
| <p>Asistența oferită de către diferiți actori, inclusiv mediatorul intercultural: Încă de la momentul înregistrării beneficiarei în cadrul proiectului <i>RAZOM (ÎMPREUNĂ)</i>, s-au stabilit necesitățile pe care aceasta le are. În funcție de acestea, O. a primit asistență din partea psihologului ce are și rol de mediator intercultural în cadrul proiectului.</p> <p>Tipul de asistență/ Instituțiile solicitate/ Durata asistenței (frecvența asistenței):</p> <p>Asistența individuală: Având în vedere faptul că la momentul înregistrării lui O., în cadrul proiectului <i>RAZOM (ÎMPREUNĂ)</i> avusese deja loc prima sesiune de formare a mediatorilor interculturali sanitari, beneficiara a fost însoțită de unul dintre mediatorii din cadrul proiectului la diversele investigații și proceduri diagnostice la care a participat pentru problemele mamei sale, ținându-se cont de normele etice internaționale de mediere între medic și pacient. Totodată, ori de câte ori a fost nevoie, atunci când a mers la farmacie pentru procurarea medicamentelor prescrise, s-a asigurat traducerea (telefonică).</p> <p>De asemenea, O. a participat la ședințe de consiliere psihologică individuală ori de câte ori a considerat necesar, în vederea stabilizării stării psiho-emoționale.</p> <p>Asistența în grup: În cadrul proiectului, familia a fost inclusă în activități psihosociale de grup pentru mame și copii (excursii organizate în cadrul proiectului) menite să stabilească un climat de încredere, favorabil comunicării între persoanele strămutate forțat din Ucraina.</p> <p>Instituțiile solicitate/Prestatorii de servicii: diverși medici și diverse farmacii.</p> <p>Durata asistenței: încă se află în asistență, 6 luni (iulie 2023 – prezent)</p> |
| <p>Referințe externe (trimiteri către alte instituții, centre de adăpost, ONG-uri, avocat, etc.) și asistența acordată PSFU: beneficiara O. a fost inclusă în comunitatea creată în cadrul proiectului <i>RAZOM (ÎMPREUNĂ)</i>.</p> |
| <p>Rezultatul asistenței oferite: În prezent O. este angajată în cadrul unui hub cu copii unde Fundația ICAR organizează diverse activități în cadrul proiectului <i>RAZOM (ÎMPREUNĂ)</i>. De asemenea, s-a creat o relație bazată pe încredere, O. devenind o persoană de legătură între hub și ICAR.</p> |
| <p>Constatări. Concluzii. Recomandări: În prezent, beneficiara O. se simte confortabil în a apela la personalul Fundației ICAR atunci când simte nevoia de suport sau are nevoie de îndrumare către instituții/ organizații neguvernamentale, în funcție de problemele întâmpinate. De asemenea, este integrată în comunitatea din care face acum parte.</p> |

Altă informație relevantă pe caz: Principalul motiv pentru care beneficiara a venit în România a fost acela de a-i oferi mamei sale posibilitatea de a-și continua tratamentul pentru cancerul pulmonar de care suferă. România și-a adaptat sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru a acorda anumite drepturi persoanelor strămutate forțat din Ucraina. În acest sens, PSFU aflate în situații deosebite beneficiază de pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate curative, în aceleași condiții ca și asigurații români.

Persoanele aflate în situații deosebite, care provin din zona conflictului armat din Ucraina, beneficiază de drepturile acordate de sistemul de asigurări sociale de sănătate, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, a contribuției personale pentru medicamentele acordate în tratamentul ambulatoriu și cu scutire de la coplată.

În cazul acestor persoane, serviciile medicale de asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinse în pachetul de servicii de bază se acordă fără a fi necesară prezentarea biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

REALIZAT DE CĂTRE:: echipa Fundației ICAR **DATA:** 29.01.2024 **LOCUL:** București, România

(2). Fundația ICAR. Servicii pentru PSFU. Asistență de grup

| |
|---|
| Profilul persoanelor asistate |
| Grup țintă: grupuri mixte formate din femei (mame, bunici) și copii (2 - 18 ani) cu statut de protecție temporară/ solicitant de azil/ protecție internațională, cazate în centrele DGASPC-urilor din București – grup țintă în cadrul proiectului <i>RAZOM (ÎMPREUNĂ) – Rețea de servicii de sănătate fizică și mintală adaptate nevoilor refugiaților din Ucraina.</i> |
| Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.): au fost selectate femei (mame, bunici) și copii, sosiți în România după luna februarie 2022, cu reședința în București și care aveau nevoie de sprijin emoțional și psihosocial. Printre alte criterii de selecție, s-a avut în vedere și ca persoanele să se afle în evidența/ asistența DGASPC-urilor din București. |
| Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie/ adolescență etc: Copii din acest grup provin din medii diferite, unii din familii monoparentale, alții cu tații rămași în Ucraina pentru a lupta. Unii copii au venit cu membrii din familii extinse (inclusiv cu bunici), însă pentru majoritatea copiilor este extrem de traumatizantă experiența separării de membrii familiei, rude, cunoștințe, prieteni și un mediu familiar. În funcție de vârstă, fiecare copil a internalizat în felul propriu trauma separării și pierderii prin care trece. |

Descrierea cazului. De unde s-au refugiat și motivele refugierii: preponderent din zonele de sud, sud-est și centrală ale Ucrainei, motivele refugierii fiind operațiunile militare la care sunt expuse localitățile din care provin.

Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite, în contextul războiului: atât copiii, cât și membrii familiei au trecut prin momente de groază (a trebuit să se ascundă în bunkere improvizate, după ce primeau alerte pe telefon că urmează un atac asupra zonei în care se aflau). Din povestirile celor care s-au refugiat, există câteva tipuri de alerte, în funcție de rapiditatea atacului: de 1-2 ore, de 15-20-30 de minute și imediate, de doar câteva minute, în care trebuie să reacționeze imediat și să se adăpostească în ascunzători.

Un alt tip de traumă pe care l-au descris persoanele care s-au refugiat din calea războiului este reprezentat de sirene, care le-au marcat atât de mult încât, indiferent de durata perioadei de refugiere, la orice zgomot sau sunet mai strident reacționează involuntar: manifestă sentimente de frică. Aceeși reacție o au și atunci când se aud sau se văd avioane militare sau chiar mașini de pompieri, ambulanțe, poliție.

Asistența oferită de către echipa Fundației ICAR. Activități psiho-sociale de grup, care au fost organizate:

- 1) Scop:** dezvoltarea interacțiunii sociale și a abilităților emoționale ale copiilor ucraineni pentru viața de grup în context post-migrator. **Activități:** cluburi ale copiilor, ce au constat în activități de tip non formal, atât în aer liber, cât și în interior, activități psiho-sociale, artistice, recreative;
- 2) Scop:** crearea unei relații părinte-copil stabilă și creșterea coeziunii grupurilor, stabilirea unui climat de încredere, favorabil comunicării și descoperirea de lucruri noi. **Activități:** 1) Vizitarea unor diverse obiective de interes și educative precum muzee, grădina zoologică, grădina botanică etc.; 2) Organizarea de ateliere de creație și artă, precum și alte activități de petrecere a timpului liber; 3) Organizarea de excursii tematice recreative în diverse locații.
- 3) Scop:** incluziunea copiilor, dezvoltarea anumitor abilități. **Activități:** organizarea unor ateliere de bricolaj în cadrul cărora copiii s-au familiarizat cu diverse tehnici de lucru precum realizarea de bijuterii.

Durata asistenței: încă se realizează astfel de activități, 9 luni (mai 2023 – prezent).

Rezultatul asistenței oferite: Grupul de persoane cu care am avut posibilitatea să colaborăm a beneficiat de o paletă largă de servicii oferite de către Fundația ICAR precum:

- Asistență medicală specializată
- Consultații medicale
- Consilieri psiho-sociale
- Psiho-educație.

Constatări. Concluzii. Recomandări: Grupul țintă a devenit un grup receptiv la activitățile organizate de către Fundația ICAR, s-a creat și construit o relație bazată pe respect, încredere și deschidere. Se poate concluziona că mamele și copiii din

| |
|--|
| acest grup au devenit colaboratori, venind singuri cu idei de activități, inițiind ulterior din propriile resurse activități asemănătoare pentru recreere. Ca și feedback, activitățile organizate i-au ajutat pe beneficiari să se detașeze de stres, anxietate, gânduri negative obsesive și le-a creat acestora posibilitatea de a-și întări relația dintre mamă și copil/ copii. |
| Altă informație relevantă pe caz: Pe parcursul colaborării cu grupul de mame și copii au apărut mai multe nevoi care au fost intermediare în măsura capacității Fundației ICAR – pe lângă excursii și activitățile recreative, au fost achiziționate și împărțite rechizite școlare pentru copii sau au fost referite la alte instituții sau ONG-uri specializate (ex. pentru căutare locuri de muncă). |
| REALIZAT DE CĂTRE: echipa Fundației ICAR DATA: 06.02.2024 LOCUL: București, România |

(3). RCTV Memoria. Servicii pentru PSFU. Asistență individuală

| Profilul persoanei asistate | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------|--|
| Cod de identificare: cazul K. | Data înregistrării: 04.05.2022 | Vârsta: 42 ani | Genul: F | Domiciliul actual: Chișinău, Republica Moldova |
| Starea civilă: căsătorită. | Copii (genul, vârsta): s-a refugiat cu fiul, care avea 7 luni. Fiul adoptiv de 19 ani, a rămas cu tatăl său în Ucraina. | | | |
| Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.): Studii superioare în domeniul tehnic. La începutul războiului se afla în concediu de îngrijire a copilului. Anterior a lucrat la Colegiul Tehnic. În Republica Moldova a mers la cursuri de frizerie. Recent s-a angajat și a fost ajutat să-și procure tot inventarul și instrumentele necesare pentru a munci. | | | | |
| Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie/adolescență etc: În copilărie a suferit din cauza violenței în familie și divorțului părinților. A crescut cu mama, care era foarte autoritară. Prima ei relație a eșuat. A fost abandonată de către partener după ce a pierdut sarcina. A urmat o depresie clinică, care a necesitat tratament. S-a recăsătorit în 2006, dar a suferit mult din cauza problemelor de sănătate și de infertilitate. După multe eșecuri dureroase (inclusiv la termen mare) și tratamente costisitoare, după o sarcină cu multe riscuri, în august 2021, a născut un băiat. În scurt timp, s-a îmbolnăvit de Covid, fiind nevoită să se izoleze de copil, care era hrănit cu amestecuri lactate. La începutul războiului era slăbită și cu multe consecințe posttraumatice cronice. | | | | |
| Descrierea cazului: De unde s-a refugiat și motivele refugierii: La 24.02.2022, locuiau în Odessa. Unele dintre primele explozii au fost nu departe de casa lor. Pentru a-și proteja și salva copilul mult așteptat și mult dorit, a decis să fugă din Ucraina. | | | | |
| Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite, în contextul războiului: Începutul războiului a îngrozit-o. A intrat în panică de la bombardamente și haosul creat. Se simțea foarte rău și și-a pierdut de câteva ori cunoștința. Se temea pentru | | | | |

soarta bebelușului. Era foarte disperată și dezorientată. La 28.02.2022 s-a refugiat în Republica Moldova, împreună cu copilașul și mama sa. Despărțirea de soț și de fiul adoptiv, care le-au însoțit până la frontieră, a fost dureroasă. Ei au rămas pentru a apăra țara, chiar dacă în acele zile puteau trece frontiera, așa cum au făcut alți bărbați.

Asistența oferită de către diferiți actori, inclusiv mediatorul intercultural: La momentul înregistrării la RCTV Memoria (04.05.2022) i s-a oferit primul ajutor psihologic (PFA⁴⁸), consiliere socială, sprijin informațional; S-a completat Chestionarul de evaluare a necesităților și s-a efectuat o evaluare primară a stării ei de sănătate. În paralel, s-a lucrat și cu copilul (consultație medicală și tratament medicamentos). Împreună cu K. a fost elaborat programul individual de asistență, centrat pe problemele somatice, psiho-emoționale, sociale și materiale.

Tipul de asistență/ Instituțiile solicitate/Durata asistenței (frecvența asistenței): Asistența individuală: *Consiliere psihologică, psihoterapie și psihoeducație* pentru stabilizarea stării psiho-emoționale; pentru gestionarea conflictelor și îmbunătățirea relației sale cu mama; pentru gestionarea simptomelor PTSD (stări depresive, anxietate) – pe parcursul a 22 de vizite.

Consultații medicale și asigurarea cu medicamente atât pentru K., cât și pentru copil, care avea imunitatea scăzută și se confrunța des cu infecții respiratorii și gastrointestinale (18 vizite/ consultații); *Consiliere vocațională* în dezvoltarea unui *business plan* pentru abilitarea economică și creșterea rezilienței economice a beneficiarei; Procurarea de către RCTV Memoria (în cadrul unui proiect implementat cu suportul UN Women Moldova) a instrumentelor și echipamentelor necesare pentru angajarea în câmpul muncii (salon de frizerie). **Asistența în grup:** În 2023 a fost inclusă în activități psihosociale de grup pentru mame cu copii până la 9 ani. S-au organizat excursii pentru relaxare și conectare la comunitate, precum și sesiuni informative centrate pe trauma psihică la adulți și copii în contextul războiului, pentru a ajuta mamele din Ucraina să se înțeleagă mai bine pe sine, să-și identifice propriile reacții la stresul traumatic, să-și înțeleagă copiii, să-și sporească cunoștințele și abilitățile, pentru a face față mai eficient stresului posttraumatic și dificultăților cu care se confruntă; să-și dezvolte împreună cu copiii capacitățile de adaptare, comunicare și relaționare armonioasă, reziliența de familie.

Instituțiile solicitate/Prestatorii de servicii: Asociația medical-teritorială „Centru”; Farmacia Sanfarm-Prim. **Durata asistenței:** 22 luni

Referințe externe (trimiteri către alte instituții, centre de adăpost, ONG-uri, avocat, etc.) și asistența acordată PSFU: (a) Coordonarea Referințelor Externe către Asociația medical-teritorială (AMT Centru) pentru: #Consultația medicilor specialiști: cardiolog, (acuza dureri în regiunea inimii); dermatolog; medicul ORL; Neurolog; #Ecografia organelor interne complex; Radiografia coloanei vertebrale (pentru a identifica cauza durerilor de spate); (b) Facilitarea accesului către alte

⁴⁸ Psychological First Aid

| |
|---|
| <p>organizații care oferă asistență socială și ajutoare materiale (Fundatia Caritas Moldova – pentru pachete alimentare; Dignity Center – pentru haine și produse igienice; „Moldova pentru Pace”); (c) Includerea ei în comunitatea virtuală administrată de Loial.md⁴⁹ din Chișinău, cu acces sporit la clienți și cursuri de perfecționare în servicii de înfrumusețare.</p> |
| <p>Rezultatul asistenței oferite: Starea psiho-emoțională și de sănătate fizică a K. s-a îmbunătățit. Urmare a sesiunii informative și ședințelor psihoterapeutice K. a devenit mai calmă, mai încrezătoare în sine, mai rezilientă, capabilă să-și gestioneze simptomele posttraumatice și bucuroasă că are tot setul de instrumente și că poate munci, ca să-și ajute familia. Starea sănătății copilului s-a îmbunătățit. El a fost înscris la grădiniță și nu mai este nevoită să-l lase în grija mamei sale, care uneori genera conflicte din cauza lui.</p> |
| <p>Constatări. Concluzii. Recomandări: Per total, K. a reușit să-și depășească mai multe probleme legate de refugiu și de traumele (suprapuse) suferite. Este optimistă, își poate gestiona eficient timpul, eforturile și resursele sale interne. Relația cu mama este mai bună. Relația cu soțul și fiul adoptiv este menținută online. Ea a reușit și să le facă o vizită scurtă într-o perioadă mai calmă, când nu erau bombardamente dese asupra Odesei. Dar totuși este îngrijorată din cauza că războiul le afectează și starea lor de sănătate mintală și îi este frică de unele potențiale schimbări în caracterul și comportamentul lor, care deja au început să apară. K. va rămâne în lista pentru monitorizare și va beneficia de sprijin, la necesitate.</p> |
| <p>Altă informație relevantă pe caz: beneficiara se gândește să se întoarcă acasă, să se reunească cu familia și să contribuie împreună la reconstruirea vieții lor și a Ucrainei.</p> |
| <p>REALIZAT DE CĂTRE: echipa RCTV Memoria. DATA: 25.01.2024 LOCUL: Chișinău, Republica Moldova</p> |

(4). RCTV Memoria. Servicii pentru PSFU. Asistență de grup

| |
|---|
| <p>Profilul persoanelor asistate</p> |
| <p>Grup țintă: femeii cu copii (0-18 ani), refugiate din Ucraina în Republica Moldova.</p> |
| <p>Statutul social (studii, ocupația, locul de muncă, venitul lunar, etc.): S-a pus accent pe femeile cu mai mulți copii, cu copii cu nevoi speciale, cu bărbații pe front, văduve de război. Printre alte criterii de selectare au fost: starea psiho-emoțională a mamelor și/ sau copiilor; vârsta copiilor pentru anumite activități (excursii); prezența problemelor de relaționare cu copiii, în contextul refugierii; locul de trai – prioritate au avut femeile care locuiau la rude, prieteni sau la gazdă, cu acces mai limitat la unele servicii, în comparație cu cele care locuiau în centre pentru refugiați. Femeile din grupul țintă provin din familii cu statut social mediu. Dar accentul a fost</p> |

⁴⁹ Loial. Magazin de cosmetice și echipamente pentru servicii de înfrumusețare. <https://loial.md/ro/>

| |
|--|
| <p>pe femei cu situație financiară precară, care au în îngrijire copii cu nevoi speciale sau își cresc copiii singure, fiind divorțate sau văduve de război.</p> |
| <p>Experiența traumatizantă anterioară, inclusiv traume din copilărie/adolescență etc.: În mare parte, au acuzat traume anterioare (violență în familie; divorț; pierderi de persoane dragi; membri ai familiei cu dizabilități severe sau boli grave etc.).</p> |
| <p>Descrierea cazului. De unde s-au refugiat și motivele refugierii: preponderent din regiunile de Est ale Ucrainei și Kiev, bombardate mai des și unde riscurile de a-și pierde viața sunt mai mari. Au fugit pentru a-și salva și proteja copiii.</p> <p>Circumstanțele evenimentelor traumatice suferite, în contextul războiului: Traumele de război sunt aproape similare, dar trăite cu intensitate diferită, în dependență de regiunea de unde provin și de pierderile suferite (oameni dragi, averea și casele distruse). Consecințele posttraumatice mai des înregistrate: depresii, anxietate, instabilitate psiho-emoțională, PTSD.</p> |
| <p>Asistența oferită de către echipa RCTV Memoria. Activități psiho-sociale de grup, care au fost organizate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Scop: <i>relaxare, conectare la comunitate, comunicare mai eficientă cu copiii mici (2-9 ani).</i> Activități: 1) Excursii la grădina zoologică, la grădina cu fluturi⁵⁰; 2) Terapie prin artă – desen, aplicații, creare de felicitări și jucării de brad; modelare în argilă și plastilină⁵¹; 2) Scop: <i>comunicare mai eficientă; fortificarea relației mamă-copil; creșterea capacităților de coping și rezilienței; depășirea limitelor personale; ieșirea din zona de confort; gestionarea emoțiilor și a conflictelor; depășirea consecințelor posttraumatice.</i> Activități: 1) Excursii tematice organizate în tandem mamă-copil, cu descoperirea locurilor pitorești din Moldova, sesiuni de fotografiere, mese în aer liber, jocuri distractive, intelectuale și de competiții; 2) Excursii, drumeții, cu escaladări și cuceriri ale locurilor mai dificile (stânci, dealuri), în care cuplurile mamă-copil primeau sarcini, se adaptau la contexte dificile și urmau anumite reguli stabilite, pentru coordonare, cooperare, disciplinare și atingere de obiective propuse⁵². 3) Scop: <i>educație psihologică pentru mame cu copii de vârste diferite, inclusiv bebeluși.</i> Activități: sesiuni informative⁵³ în traumă, simptome posttraumatice la adulți și copii (inclusiv mici); reziliență; zona de confort; prevenirea izolării sociale; ancorare în prezent. 4) Scop: <i>implicare, abilitare, integrare mai bună în comunitate și societate.</i> Activități: crearea grupurilor de voluntari, pentru implicarea lor în organizarea |

⁵⁰ <https://www.facebook.com/watch/?v=312634684596143>

⁵¹ <https://www.facebook.com/RCTV.Memoria/posts/pfbid0p1Q963MP2oYtwY19QfVuYpZ76UjfkZVtDENiWdiDKUCSPiffq1zkTrdRN1GMtKCMl>

⁵² <https://www.facebook.com/RCTV.Memoria/posts/pfbid02iCA7WYqAo8wCCPo8xGRu56W5JvYb6Xtup41X1jpGT4xZyvJNgL5pGPr7pyNTvdckl>

⁵³ <https://www.facebook.com/RCTV.Memoria/posts/pfbid02AyzyXm6j53aqnavnVsaP59pwXwtKoJYbPXpyBDTw3JSryprcoJUwxXnngQRh8kX4l>

diferitor activității pentru copii; crearea grupurilor de comunicare și sprijin online (Viber); „Back to school” pentru copii – ghiozdane, rechizite etc⁵⁴; organizarea de ateliere pentru crearea lumânărilor pentru tranșee⁵⁵, pentru a fi trimise pe front, împreună cu felicitări de sărbătorile de iarnă, dulciuri, ciorapi de iarnă procurați (inclusiv din micile lor donații) sau împlețiți de către beneficiare.

5) Scop: *Abilitare economică pentru femei, care au învățat profesii noi și au început activitatea în saloane de frizerie, manichiură, pedichiură și podologie; cofetărie; croitorie și repararea hainelor.* **Activități:** orientarea vocațională; sprijin în dezvoltarea planurilor de afaceri; sprijin financiar pentru studii de scurtă durată; sprijin prin procurarea utilajelor și instrumentelor (mașini de cusut, cuptoare electrice, mixere, instrumente de frizerie, manichiură, pedichiură etc.)

Durata asistenței (Frecvența asistenței): 10 luni (aprilie 2023 – ianuarie 2024).

Rezultatul asistenței oferite: Au fost identificate și asistate 152 de femei și 203 copii. La cca. 75% dintre ei, a scăzut reticența și tendința de izolare socială; Starea psiho-emoțională a femeilor și copiilor implicați, s-a îmbunătățit; Mamele au devenit mult mai calme, cooperante, interesate de schimbare și depășirea stării de inhibare și expectanță cronică, cauzate de incertitudinea în evoluția războiului. 17 femei au început o activitate de muncă sau generatoare de venituri, care le-au deschis noi perspective și au inspirat multe alte femei, care au devenit mai interesate să găsească posibilități de creștere personală și profesională, în pofida traumelor suferite și continuării războiului. Copiii au devenit mult mai interesați să își facă cunoștințe noi printre semeni, să învețe lucruri noi și să viziteze locuri pitorești sau istorice, să meargă la școală în Moldova, să învețe limba română.

Constatări. Concluzii. Recomandări: Organizarea activităților psiho-sociale pentru asemenea grupuri-țintă este foarte benefică și importantă, atât în soluționarea problemelor și consecințelor posttraumatice individuale, cât și de grup.

Altă informație relevantă pe caz: Femeile au devenit mult mai implicate în activități sociale și generatoare de venituri. Interesul lor pentru psihoeducție în traumă a crescut, ele solicitând noi teme pentru sesiuni informative.

REALIZAT DE CĂTRE: echipa RCTV Memoria. **DATA:** 25.01.2024 **LOCUL:** Chișinău, Republica Moldova

⁵⁴<https://www.facebook.com/RCTV.Memoria/posts/pfbid02H4kPzNtmheekuiL3nWTRJHSXQw1B3nEQ16Lr397C3RebP7Vh9sqW1RzF3Bpj2pcSl>

⁵⁵<https://www.facebook.com/RCTV.Memoria/posts/pfbid02uBBRR9CZya5Zv9VpkoZ1CGBfz98yhrmupVSRJNX8mvVoMJJVkGA1BexnsVQUJGkdI>

Concluzii finale și recomandări

Prin studierea acestui Ghid, specialiștii din diferite domenii, clinicienii și practicienii comunitari pot obține cunoștințe noi, pentru o înțelegere mai bună a rolului lor în asistența PSFU. Acest Ghid îi încurajează să identifice consecințele posttraumatice, să ajute PSFU să-și sporească reziliența și să-și îmbunătățească abilitățile de vindecare a traumei, de adaptare la noi condiții, de funcționare mai bună în familie, în diferite organizații și comunitate, per general.

În final, propunem unele concluzii, care sunt ca o sinteză la toate capitolele prezentului Ghid.

Cu privire la traumă și consecințe:

- 1) Mulți oameni se confruntă cu diverse traume. Unii le depășesc mai ușor, își continuă viața cu demnitate, devin mai puternici și mai rezistenți. Iar pentru alții, trauma este copleșitoare și devastatoare. Unii pot primi ajutor în sisteme formale de sprijin, dar mulți riscă să rămână în umbră. Aici trebuie să intervină specialiștii din diferite domenii, pentru identificarea timpurie a traumei și acordarea sprijinului necesar tuturor celor aflați în dificultate.
- 2) Majoritatea PSFU sunt victime ale războiului, care au trecut prin traume complexe severe și pot manifesta simptome posttraumatice de durată. Ei au nevoie de reabilitare și sprijin. Ține de datoria noastră, a specialiștilor din țările-gazdă, să facilităm accesul lor la diferite servicii și sprijin specializat, în caz de necesitate.
- 3) Trauma din copilărie poate fi foarte profundă și cu un impact pentru tot restul vieții. Copiii necesită sprijin în mod prioritar, ei fiind cel mai vulnerabil grup.
- 4) Trauma de război schimbă foarte mult atât persoanele aflate în refugiu, cât și pe cei rămași în țară. Tuturor le este greu, iar riscurile de apariție a dificultăților de comunicare și conviețuire între aceste două grupuri, sunt mari. Aceste riscuri trebuie luate în considerare atât în programele actuale de sprijin, cât și în cele care se vor dezvolta în timpul reconstruirii Ucrainei de după război.

Cu privire la sprijinul pentru vindecarea traumei:

- 5) Copiii și adulții, expuși traumelor de război, necesită sprijin profesionist, cu identificarea, evaluarea și vindecarea traumelor suferite, prin prisma abordării centrate pe victimă, pe traumă, pe reziliența individuală și colectivă.
- 6) Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) poate apărea după o experiență devastatoare, care pune în pericol viața și bunăstarea persoanei, familiei și comunității. O mare parte din PSFU pot să se confrunte cu PTSD mai devreme, sau mai târziu. Specialiștii implicați în asistența lor trebuie să fie pregătiți, pentru a le oferi sprijin.

Cu privire la reziliența individuală și colectivă (comunitară):

- 7) Cercetările arată că persoanele rezistente sunt mai puțin susceptibile de a dezvolta simptome PTSD.

- 8) Datorită rezilienței, oamenii se adaptează la situații critice și traume majore, precum și la diferite situații stresante, de rutină.
- 9) Pentru specialiștii din diferite domenii, abordarea prin reziliență: a) implică acțiuni, intervenții; b) indică direcția de căutare a unei soluții și de luare în considerare a problemelor dificile; c) oferă zone de posibile intervenții, în care pot fi identificate elemente de reziliență;
- 10) Intervențiile de promovare a rezilienței ar trebui planificate prin raportul dintre dimensiunea comunitară și cea individuală, cu activități psiho-sociale, servicii și tratamente centrate pe sănătatea mintală și fizică a membrilor;

Cu privire la programele de sprijin pentru PSFU:

- 11) Programele de sprijin pentru PSFU ale organizațiilor ar trebui să-și dezvolte practicile și politicile lor organizaționale cu centrarea pe victimă și traumă, pentru a-și ajuta angajații să capete cunoștințe și abilități noi, legate de conștientizarea traumelor și asistența mai eficientă a victimelor războiului;
- 12) Un sistem de servicii centrat pe copii și familii trebuie să răspundă cât mai eficient la impactul traumei asupra copiilor, îngrijitorilor și prestatorilor de servicii pentru copiii traumatizați⁵⁶;
- 13) Instruirea profesioniștilor în: a) evaluarea nevoilor victimei; b) implicarea și colaborarea cu victimele în procesul de asistență; c) îngrijirea informată a traumelor; d) formarea competențelor culturale; e) probleme de diversitate și incluziune, precum și legate de multe alte aspecte îi va ajuta să construiască un răspuns eficient, centrat pe traumă și victimă.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association, „DSM-5, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistica a Tulburarilor Mintale”, 2016, ed. Medicala CALLISTO
2. Asociația PRO REFUGIU, „Îmbunătățirea serviciilor de consiliere și asistență pentru copii și tineri, victime ale traficului de persoane. Manual de training”, 2015, disponibil online la <https://prorefugiu.org/wp-content/uploads/2015/10/Manual-Training-versiune-Rom%C3%A2n%C4%83.pdf> .
3. Briere, J., Scott, C., „Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment”, 2006, disponibil online la <https://archive.org/details/principlesoftrau0000brie/mode/2up> .
4. Harkness, Laurie Leydic, „Transgenerational Transmission of War-Related Trauma”, disponibil online la https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2820-3_53 .

⁵⁶ National Child Traumatic Stress Network (<https://www.nctsn.org>).

5. Hazer, Livia, Gredeback, Gustaf, „The effects of war, displacement, and trauma on child development”, disponibil online la <https://www.nature.com/articles/s41599-023-02438-8> .
6. IASC, „Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings”, disponibil online la https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial_0.pdf .
7. ICRC, „Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support”, disponibil online la <https://library.icrc.org/library/docs/DOC/icrc-002-4311.pdf> .
8. Isobel, Sophie, Goodyear, Melinda, Furness, Trentham, Foster, Kim, „Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis”, 2018, disponibil online la <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30556334/> .
9. Migliorini, Laura, Olcese, Martina, Cardinali, Paola, Prestia, Davide, „Community resilience among Ukrainian refugees: what is the role of the host community in recovery from forced migration”, 2023, disponibil online la <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1206304/full#B22> .
10. Patterson, Joän M., „Understanding family resilience”, 2002, disponibil online la https://www.researchgate.net/publication/258193435_Understanding_and_Fostering_Family_Resilience .
11. Petrova-Dimitrova, Nelly, traducere de Raluca-Vasilica Moroşan, „Introducere în reziliență”, 2017, Cluj-Napoca.
12. Popovici, Ludmila, „Arta de a oferi sprijin. Ghid pentru specialiştii care oferă sprijin victimelor violenței în bază de gen”, 2022, Chişinău.
13. Popovici, Ludmila și alții, „Documentarea Violenței în bază de gen”, 2019, Chişinău.
14. Rothschild, Babette, „Revolutionizing Trauma Treatment. Stabilization, Safety & Nervous System Balance”, 2021.
15. SAMHSA, „Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach”, 2023, disponibil online la <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf> .
16. Spitzer, Mabfried, „Dementia digitala”, 2020, Ed. Humanitas
17. Suliman, Sharain și alții, „Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents”, disponibil online la <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216888/> .
18. Tedeschi, Richard G., Calhoun, Lawrence G., „The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma”, 1996, disponibil online la <https://sites.charlotte.edu/ptgi/wp-content/uploads/sites/9/2015/01/The-Posttraumatic-Growth-Inventory-Measuring-the-positive-legacy-of-trauma.pdf> .
19. Turliuc , Maria N., Măirean, Cornelia, „Psihologia traumei”, 2014, Polirom.

Link-uri utile și de referință

1. <https://dorudima.ro/9-sfaturi-pentru-dezvoltarea-rezilientei-emotionale/>
2. <https://www.oanayucel.ro/rezilienta-ce-este-si-cum-sa-devii-rezilent/>
3. <https://www.apa.org/topics/trauma/trauma-survivors-generations>
4. <https://psychcentral.com/health/what-is-trauma#related-conditions>
5. <https://surehopecounseling.com/what-is-a-core-wound/>
6. https://www.ptsd.va.gov/understand/what/ptsd_basics.asp
7. <https://psiholog-psihoterapeut-cluj.ro/2018/09/23/forme-de-coping/>
8. <https://www.nctsn.org/resources/resilience-and-child-traumatic-stress>
9. <https://www.apa.org/topics/resilience/guide-parents-teachers>
10. <https://www.unicef.org/armenia/en/stories/how-provide-psychological-first-aid>
11. <https://familyforwardmo.org/news-insights/what-is-collective-trauma-and-how-can-we-heal/>
12. <https://www.ctipp.org/post/guide-to-trauma-informed-community-change>
13. <https://smartbodysmartmind.com/>

Material editat de Fundația ICAR

Martie 2024

Material realizat cu sprijinul financiar Active Citizens Fund România, program finanțat de Islanda, Liechtenstein și Norvegia prin Granturile SEE 2014-2021. Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE și Norvegiene 2014-2021; pentru mai multe informații accesați www.eeagrants.org.