



MANUAL
PRIVIND ASISTENȚA ÎN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI ASISTENȚA
PSIHOSOCIALĂ LA NIVELUL COMUNITĂȚII
ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ ȘI DE STRĂMUTARE

EDIȚIA A II-A

Opiniile exprimate în acest raport aparțin autorilor și nu reflectă în mod obligatoriu punctul de vedere al Organizației Internaționale pentru Migrație (IOM). Denumirile folosite și prezentarea materialelor din cuprinsul acestui raport nu reprezintă exprimarea vreunei opinii din partea IOM în legătură cu situația legală a vreunei țări, teritoriu, oraș sau zonă, sau a autorităților acesteia, sau în legătură cu frontierele sau granițele acestora.

IOM se angajează să respecte principiul conform căruia migrația umană și ordonată este benefică pentru migranți și pentru societate. În calitate de organizație interguvernamentală, IOM acționează împreună cu partenerii acesteia din comunitatea internațională pentru: a ajuta la soluționarea provocărilor operaționale asociate migrației; a promova înțelegerea problemelor legate de migrație; a încuraja dezvoltarea socială și economică prin migrație; și a susține demnitatea umană și bunăstarea migranților.

Această publicație a fost posibilă cu sprijinul oferit de USAID - Biroul de Asistență Externă pentru Dezastre al SUA (OFDA).

Publicat de: Organizația Internațională pentru Migrație
17 route des Morillons
C.P. 17
121 Geneva 19 Elveția
Tel.: +41 22 717 9111
Fax: +41 22 798 6150
Email: hq@iom.int Website: www.iom.int

Această publicație a fost editată fără a fi revizuită oficial de către IOM. Această publicație a fost editată fără aprobarea Unității pentru Publicații (PUB) a IOM.

Fotografie de copertă: Autoportret realizat de o IDP și asistent psiho-social din Nigeria, în cadrul unui atelier de cinci zile pe tema modelelor autobiografice prin intermediul artei, organizat de IOM în Maiduguri, Nigeria @IOM 2018/ Rola Soulheil.

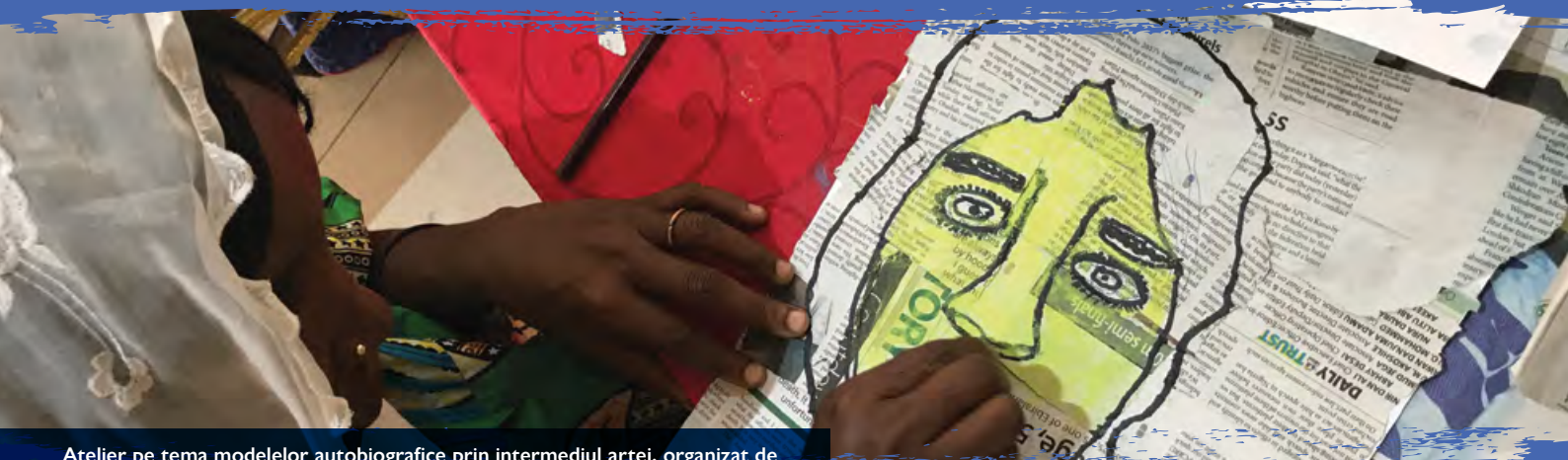
ISBN 978-92-9068-784-9

© 2023 Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)

Citat propus: IOM (2021), *Manual privind asistența în domeniul sănătății mintale și asistența psihosocială la nivelul comunității în situații de urgență și de strămutare*.

IOM, Geneva.

Toate drepturile rezervate. Nicio parte din prezentul material nu poate fi reprodusă, păstrată într-un sistem de extragere sau transmisă în orice formă sau prin orice mijloc electronic, mecanic, fotocopie, înregistrare sau în alt fel, fără acordul prealabil scris al editorului.



Atelier pe tema modelelor autobiografice prin intermediul artei, organizat de IOM în Maiduguri, Nigeria. © IOM 2018/Rola SOULHEIL

- ABREVIERI
- MULȚUMIRI
- INTRODUCERE
- CAPITOLUL 1. CONCEPTE ȘI MODELE DE LUCRU
- CAPITOLUL 2. INTERACȚIUNEA CU COMUNITĂȚILE
- CAPITOLUL 3. EVALUARE ȘI CARTOGRAFIERE
- CAPITOLUL 4. ECHIBE MOBILE DE ASISTENȚĂ PSIHOSOCIALĂ
- CAPITOLUL 5. ACTIVITĂȚI SOCIO-RELAȚIONALE ȘI CULTURALE
- CAPITOLUL 6. ACTIVITĂȚI DE CREAȚIE ȘI LEGATE DE ARTĂ
- CAPITOLUL 7. RITUALURI ȘI SĂRBĂTORI
- CAPITOLUL 8. SPORT ȘI JOCURI
- CAPITOLUL 9. EDUCAȚIA NON-FORMALĂ ȘI ÎNVĂȚAREA INFORMALĂ
- CAPITOLUL 10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A SPRIJINULUI PSIHOSOCIAL ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR
- CAPITOLUL 11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALĂ ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ
- CAPITOLUL 12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI
- CAPITOLUL 13. CONSILIEREA
- CAPITOLUL 14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE
- CAPITOLUL 15. SUPRAVEGHERE TEHNICĂ ȘI FORMARE
- CAPITOLUL 16. MONITORIZARE ȘI EVALUARE
- ANEXA 1. COORDONAREA ÎNTRE AGENȚII
- ANEXA 2. CONSIDERAȚII DE ORDIN ETIC
- ANEXA 3. OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU GBV

ABREVIERI

4C	Cine se află în Ce loc, Când și ce Cace
AAD	Dezvoltarea activată de adversitate
AAP	Responsabilitate față de populațiile afectate
CB MHPSS	Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității
CCCM	Coordonarea și administrarea taberei
ECHO	Biroul pentru Ajutor Umanitar al Comisiei Europene
GBV	Violența bazată pe gen
HIG	Ghidul de intervenție umanitară
IASC	Comitetul permanent inter-agenții
ICRC	Comitetul Internațional al Crucii Roșii
IDP	Persoană deplasată la nivel intern
IFRC	Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie
INEE	Rețeaua Internațională pentru Educație în Situații de Urgență
IOM	Organizația Internațională pentru Migrație
IPT	Terapie interpersonală
MEAL	Monitorizare, evaluare, responsabilitate și învățare
mhGAP	Programul de acțiune privind decalajele în domeniul sănătății mintale
MHPSS	Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială
MNS	Psihice, neurologice și consum de substanțe
ONG	Organizație neguvernamentală
OCHA	Oficiul pentru Coordonarea Afacerilor Umanitare al Națiunilor Unite
PFA	Prim-ajutor psihologic
PMT	Echipa mobilă de asistență psihosocială
PTSD	Tulburare de stres post-traumatic
RSL	Lider religios și spiritual
SFBT	Terapie de scurtă durată orientată spre soluții
SMART	Specific, cuantificabil, realizabil, relevant și limitat în timp
UNESCO	Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
UNHCR	Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Refugiați
WASH	Apă, salubritate și igienă
WHO	Organizația Mondială a Sănătății

MULŦUMIRI



Manualul privind asistența în domeniul sănătății mintale și asistența psihosocială la nivelul comunității în situații de urgență și de strămutare a fost elaborat de Compartimentul pentru Sănătate Mintală, Răspuns Psihosocial și Comunicare Interculturală din cadrul Organizației Internaționale pentru Migrație (IOM); responsabilii și coordonatorii pe teren ai programelor de asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială (MHPSS) ale IOM și ale altor agenții pentru situații de urgență; membrii Comitetului de Coordonare, inclusiv reprezentanți ai mediului academic, ai agențiilor Națiunilor Unite, ai organizațiilor internaționale, ai organizațiilor neguvernamentale (ONG-uri), ai agențiilor donatoare și experți individuali; precum și copreședinții și diverși membri ai Grupului de Referință al Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) în domeniul MHPSS pentru situații de urgență, în special subgrupul privind Programele de asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității (CB MHPSS). În plus, prima variantă a fost revizuită în cadrul unor ateliere desfășurate cu responsabili MHPSS de pe teren și puncte de interes pentru mai multe agenții implicate în prezent în programe MHPSS în nord-estul Nigeriei (Maiduguri) și în Irak (Erbil).

Editor: Guglielmo Schininà (IOM).

Sprijin editorial: Roza Copper, Michael Gibson, Valerie Hagger (IOM), Natalia Hortigüela Gallo (IOM), Renato Libanora (IOM), Leslie Snider și Emmanuel Streele.

Membrii Comitetului de Coordonare:

Bashir Aboubakar (IOM Nigeria), Mazen Aboul Hosn (IOM Turcia), Nadia Akmoun (Sediul central al IOM), Kathy Angi (Action by Churches Together), Tatsushi Arai (Școala de pregătire internațională), Amal Ataya (IOM Nigeria), Nancy Baron (Institutul pentru Servicii Psihosociale și Formare Profesională din Cairo (PSTIC), Pauline Birot (IOM Etiopia), Antonio Bottone (IOM Liban), Martha Bragin (Școala Silberman pentru Asistență Socială din cadrul Hunter College, City University of New York), Maria Bray (Terre des Hommes, grupul de lucru

IASC CB MHPSS), Elaine Duaman Joyce (IOM Sudanul de Sud), Fahmy Hanna (Organizația Mondială a Sănătății (WHO), Co-Președintele Grupului de Referință IASC MHPSS), Sarah Harrison (Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie (IFRC) Centrul de Referință pentru Asistență Psihosocială, Co-Președintele Grupului de Referință IASC MHPSS), Zeinab Hijazi (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Co-Președintele Grupului de Lucru IASC CB MHPSS), Renato Libanora (IOM Irak), Christopher Maclay (Mercy Corps), Chissey Mueller (Sediul central al IOM), Renos Papadopoulos (Universitatea din Essex), Marine Ragueneau (IOM Bruxelles), Olga Rebolledo (IOM Cox's Bazar), Alessandra Rossi Ghiglione (Universitatea din Torino), Monica Noriega (Sediul central al IOM), Jack Saul (Programul Internațional pentru Studiul Traumei, New York), Marian Tankink (Consultant), Peter Ventevogel (Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR)) și Alys Willman (Banca Mondială).

Participanți adjuncți în Comitetul de Coordonare: Chiara Giusto (Biroul pentru Ajutor Umanitar al Comisiei Europene (ECHO)), Katharina Montens (GIZ Berlin), Elizabeth Stickman (Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID) Biroul de Asistență Externă pentru Dezastre al Statelor Unite ale Americii (OFDA)), Sharon Weinblum (ECHO) și Ann Willhoite (USAID).



PROCESUL DE FEEDBACK

După revizuirea inițială în cadrul atelierelor din Irak și Nigeria, Manualul a parcurs un proces de feedback care a durat un an, în 2020, pentru a crește eficiența și relevanța conținutului Manualului, pentru a îmbunătăți ușurința utilizării acestuia de către cititori și pentru a extinde resursele propuse. Cu ajutorul feedback-ului valoros primit de IOM, Manualul a fost actualizat pe parcursul anului și se află acum la cea de a doua ediție. IOM mulțumește Comitetului de Coordonare a manualului și următorilor contributory pentru participarea la procesul de feedback.

Persoane care au contribuit la feedback:

Yaasmiin Abdicasis Osman (Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)), Abdikadir Abdifitah (IOM), Abdifitah Abdikadir Jama (IOM), Amira Abdillahi Hassan (IOM), Hazim Abdulkarim (Premiere Urgence Internationale, PUI), Ghadah Abdullah (IOM), Thekra Ahmed (Centrul pentru Sănătate Mintală), Abdikadir Ahmed Gelle (IOM), Huda Ahmed Ismail (IOM), Hatem Alaa Marzouk (IOM), Lekaa Albakour (IOM), Ibrahim Al Dah (IOM), Hannatu Alh. Adamu (Inițiativa pentru Dezvoltarea Femeilor din Borno (BOWDI)), Sandra Alhassany (IOM), Said Almadhoun (Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)), Cassandre Amah (IOM), Asaph Andrew Rufi (Centrul pentru Dezvoltare Comunitară și Sănătate Internațional (CHAD)), Laura Anna Assman (IOM), May Aoun (Salvați Copiii), Sonya Armaghanyan (IOM), Luther Atinya (Corpul Medical Internațional (IMC)), Ioannis Avdoulas (IOM), Japhet Ayele (Salvați Copiii International (SCI)), Omar Aynte Abdirahman, Yenehun Azie Ashagrie (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA)), Natalie Barillier (Yazda), Manjula Barnabas (IOM), Anna Bazelkova (IOM), Amira Beyer (IOM), Nadine Blankvoort (Universitatea de Științe Aplicate din Amsterdam, Universitatea din Maastricht, OT-Europe), Tarryn Brown (IOM), Blandine Bruyère (IMC), Laura Carrillo, Hana Chakhari (Comitetul Internațional de Salvare (IRC)), Mona Chahla (World Vision International), Gulistan Chalabi (IOM), Christopher Chinedumuije Oguegbu (Organizația Goal Prime din Nigeria (GPON)), Matthew Conway (IOM), Rayane Dagher (IOM), Abeer Daham (INTEROSOS), Noemi Damasceno (PUI), Saido Daowwd Ali (Serviciul lezuit pentru Refugiați), Luzwellah Diaca (IOM), Ilova Dorylane Lorenzo (IOM), Amara Edeh (INTEROSOS), Sara El Hassrouny (IOM), Oya Erbas (IOM), Mary Everesta Lambert (IOM), Derya Ferhat (IOM), Emmanuel Gadzama (IRC), Wandanje Gaja Yohanna (IOM), Nemam Ghafouri (Organizație pentru Caritate din Suedia), Luana Giardinelli, Rawan Hamid, Homa Hasan (IOM), Kim Hwahyun (IOM), Reuben

Ibaishwa (Street Child), Kennedy Ikwe (IOM), Giorgos Ioannou (IOM), MD. Saiful Islam (IOM), James Izang (Médecins du Monde (MDM)), Bryar Jabbar Bagg (Green Desert), Nastazia Jabbour (IOM), Desalew Jember Tesema, Saleem Jemeen (IOM), Theresa Jones, Hana Jumah (IOM), Jonas Kambale (Organizarea Psihosocială Transculturală (TPO)), Robert Kakrah Ketor (IOM), Kateryna Katrashchuk (Step IN), Emre Karaçaylı (IOM), Rima Kilani (IOM), Edwige Kouamen, Ksenia Kubasova, Augustine Lambert (IOM), Mary Lambert (IOM), Nivethana Lazarus (IOM), Amira Magan, Shoeb Mahmud (IOM), Lyanna Matala (IOM), Maria Margarita Theocharopoulou (IOM), Mariam Moawi (IOM), Marwan Mohammed (Un Ponte Per (UPP)), Hodan Mohamoud Hassan (IOM), Mohammad Mousa (IOM), Walaa Musheer Ahmed (Organizația O Lume Mai Bună (Better World) pentru Dezvoltare Comunitară), Fakhria Naistani (IOM), Dmytro Nersisian (IOM), Emile Ntampera (Fondul Internațional de Urgență pentru Copii al Națiunilor Unite (UNICEF)), Argiro Ntrouva (IOM), Moses Nyam (PUI), Khalil Omarshah (IOM), Burak Ozkan (IOM), Panagiota Papaioannou (IOM), Lia Pastorelli (UPP), Anoop Poudel, Ravindra Prasad Manathunge (IOM), Mustafa Qasim (Church Aid din Norvegia), Ali Raad, Ali Ridvanogullari (IOM), Sarah Rizk (IOM), Simon Rosenbaum (UNSW, Australia), Maha Sabsaby (IOM), Sozan Safar (Organizația Dak pentru Dezvoltarea Femeilor Ezidi), Nour Said (IRC), Moe Saito (IOM), Suseeka Sandrasekaram (IOM), Erika Sasy Lumanta (IOM), Nino Shushania (IOM), Philippa Smith (IOM), Fadia Soheal (IMC), Maria Sonia Lopez (IOM), Ilknur Sonmez (IOM), Nemam Sophia Geroy (IOM), Fani Stampouli (IOM), Samuel Tarfa (WHO), Hizrat Tayib (Bishkoreen pentru Dezvoltarea Femeilor și Copiilor), Bem Tivkaa (Fundația Neem), Kalypso Totti (IOM), Maya Tucker (IOM), Panagiotis Tzourakis (IOM), Abuhuraira Umar (IOM), İrem Umuroglu (IOM), Kosalina Vignarajah (IOM), Ursula Wagner (IOM), Fekadu Wakjira (UNICEF), Dennis Wani (IOM), Cafer Yuksek (IOM).

Mulțumim, de asemenea, Dnei Catherine Panter-Brick (de la Universitatea Yale) și colaboratorilor

săi pentru revizuirea capitolelor Evaluare și cartografiere și Monitorizare și evaluare, precum și Dnei Alena Huss pentru sprijinul acordat în compilarea bibliografiei.

Principalii autori pe capitole:

Introducere: Introducere: Guglielmo Schininà;

Capitolul 1. Concepte și modele de lucru: Guglielmo Schininà, Renos Papadopoulos și Jack Saul;

Capitolul 2. Interacțiunea cu comunitățile: Marian Tankink, Guglielmo Schininà și Renato Libanora;

Capitolul 3. Evaluare și cartografiere: Marian Tankink, Guglielmo Schininà, Emmanuel Streel și Renato Libanora;

Capitolul 4. Echipe mobile de asistență psihosocială: Guglielmo Schininà și Emmanuel Streel;

Capitolul 5. Activități socio-relaționale și culturale: Guglielmo Schininà, Pauline Birot, Elaine Duaman Joyce și Natalia Hortigüela Gallo;

Capitolul 6. Activități de creație și legate de artă: Guglielmo Schininà și Alessandra Rossi Ghiglione;

Capitolul 7. Ritualuri și sărbători: Renato Libanora, Kathy Angi și Guglielmo Schininà;

Capitolul 8. Sport și jocuri: Maria Bray, Serena Borsani și Raphaële Catillion;

Capitolul 9. Educația non-formală și învățarea informală: Sylvain Fournier;

Capitolul 10: Integrarea asistenței în domeniul sănătății mintale și a sprijinului psihosocial în transformarea și medierea conflictelor: Tatsushi Arai, Marine Ragueneau și Guglielmo Schininà;

Capitolul 11. Asistență integrată în domeniul sănătății mintale și psihosocial, precum și sprijin pentru mijloacele de subsistență: Alys Willman și Christopher Maclay;

Capitolul 12. Consolidarea asistenței în domeniul sănătății mintale și psihosocial în cadrul

protecției: Chissey Mueller, Nadia Akmoun, Guglielmo Schininà și Renato Libanora;

Capitolul 13. Consiliere: Jack Saul și Guglielmo Schininà;

Capitolul 14. Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave: Theresa Jones, Guglielmo Schininà, Peter Ventevogel, Fahmy Hanna;

Capitolul 15. Supraveghere tehnică și formare:

Supraveghere tehnică: Ann Willhoite, Martha Bragin și Roberto Biella Battista;

Formare profesională: Guglielmo Schininà și Nancy Baron;

Capitolul 16. Monitorizare și evaluare: Martha Bragin și Emmanuel Streel;

Anexa 1. Coordonarea între agenții: Renato Libanora, Sarah Harrison și Guglielmo Schininà;

Anexa 2. Considerații de ordin etic: compilată de Natalia Hortigüela Gallo;

Anexa 3. Observații în legătură cu GBV: Louise O'Shea, Victoria Nordli, Alisha Kalra, Natalia Hortigüela Gallo, Heide Rieder, Gladys Cherutos Kios și Guglielmo Schininà.

INTRODUCERE

Activitate recreativă între tată și fiică organizată de echipele mobile de asistență psihosocială ale IOM, Gaziantep, Turkey. © IOM 2019



Manualul de față își propune să sprijine experții și responsabilii din domeniul asistenței pentru sănătate mintală și psihosocială (MHPSS) în elaborarea, implementarea și evaluarea programelor, proiectelor și activităților MHPSS la nivelul comunității (CB MHPSS) pentru populațiile afectate de situații de urgență și strămutate în contexte umanitare. Acesta este conceput special pentru a sprijini managerii și experții angajați de Organizația Internațională pentru Migrație (IOM). Cu toate acestea, manualul poate fi utilizat, în întregime sau numai unele dintre componentele acestuia, și de către experții și responsabili MHPSS care lucrează pentru partenerii IOM, inclusiv organizații guvernamentale internaționale și naționale, organizații neguvernamentale (ONG-uri), țări, donatori și grupuri ale societății civile. Din acest motiv, documentul este o sursă deschisă, făcând referire la instrumente și cercetări ale diferitelor agenții, și a fost conceput și revizuit de o multitudine de experți și practicieni din mai multe **organizații**. Deși a fost redactat pentru o organizație internațională interguvernamentală, agențiile neguvernamentale mai mici pot apela la secțiuni din manual, în funcție de prioritățile identificate în cadrul propriilor programe.

Caseta 1

Contextul instituțional

Angajamentul IOM în domeniul MHPSS își are originea în *Cadrul operațional al IOM privind criza migrației (2012a)*, în care asistența psihosocială este inclusă drept unul dintre cele 15 domenii prioritare de intervenție ale IOM în crizele umanitare și de migrație. Urmărirea celor mai înalte standarde de sănătate și bunăstare psihologică a migranților și a populațiilor strămutate este stipulată atât în *Pactul global al Organizației Națiunilor Unite pentru o migrație sigură, ordonată și regulată (2018)*, cât și în *Pactul global al Organizației Națiunilor Unite privind refugiații (2018)*. Obiectivele de dezvoltare durabilă, prevăzute în *Agenda Națiunilor Unite pentru dezvoltare durabilă 2030*, pledează pentru asistență universală în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială, din care nimeni nu este exclus, inclusiv migranții și refugiații.



DE CE ESTE NECESAR UN MANUAL PRIVIND ASISTENȚA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI ASISTENȚA PSIHOSOCIALĂ LA NIVELUL COMUNITĂȚII ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ ȘI DE STRĂMUTARE

În ultimii ani, a existat un apel pentru a reorienta atenția programelor MHPSS în situații de urgență de la simptomele psihologice, tratamentul și prevenirea acestora, către elementele colective și contextuale ale consecințelor adversităților. Aceasta cuprinde înțelegerea importanței reacțiilor colective la adversitate și a coeziunii sociale, a sprijinului social, a identităților și a texturilor sociale în stabilirea bunăstării individuale și sociale după dezastre. De asemenea, include activarea unor sisteme de asistență multidisciplinare, specifice contextului, care se bazează pe punctele forte existente ale comunităților afectate, fără a limita intervenția la furnizarea de servicii pentru a răspunde la deficitul generat de situația de urgență. În anul 2019, Grupul de Referință al Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) pentru MHPSS a emis *Abordări la nivel de comunitate pentru Programele MHPSS: Notă de îndrumare (IASC, 2019a)* pentru a răspunde la această nevoie resimțită pe scară largă. Îndrumările vizează o mai bună definire a principiilor MHPSS în situații de urgență, pornind de la înțelegerea:

...faptului că comunitățile pot fi promotorii propriei îngrijiri și schimbări și ar trebui să fie implicate în mod semnificativ în toate etapele intervențiilor MHPSS. Persoanele afectate de situații de urgență trebuie privite în primul rând ca participanți activi la creșterea bunăstării individuale și colective, și nu ca beneficiari pasivi ai unor servicii concepute de alții pentru ele. Astfel, prin aplicarea abordărilor MHPSS la nivelul comunității, familiile, grupurile și comunitățile pot sprijini și îngriji pe ceilalți în moduri care încurajează recuperarea și reziliența. Aceste abordări contribuie, de asemenea, la refacerea și/sau consolidarea structurilor și sistemelor colective care sunt esențiale pentru viața de zi cu zi și pentru bunăstare. O înțelegere a sistemelor ar trebui să stea la baza abordărilor la nivelul comunității față de programele MHPSS, atât pentru persoane individuale, cât și pentru comunități (IASC, 2019a).

Acest Manual își propune să ofere indicații din punct de vedere al implementării și planificării, cu privire la modul în care acestea pot fi realizate în cadrul programelor MHPSS ale IOM, precum și în cadrul programelor partenerilor care lucrează cu populații comparabile în contexte similare.

Caseta 2

Resurse suplimentare

Manualul este complementar - iar nu alternativ - cu o serie de instrumente conexe, printre care:

- (a) **Comitetul permanent inter-agenții (iasc) orientări în domeniul mhps în situații de urgență (iasc, 2007);**
- (b) **iasc abordări la nivelul comunității față de programele mhps: o notă de îndrumare (iasc, 2019a)**, disponibilă în limbile **arabă, franceză, portugheză, spaniolă și urdu**; și **webinar-ul** aferent;
- (c) **Fondul națiunilor unite pentru copii (unicef) orientări operaționale: asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității, în contexte umanitare: asistență pentru copii și familii pe trei niveluri (unicef, 2018);**
- (d) **Fondul națiunilor unite pentru copii (unicef) compendiu cu privire la resursele mhps la nivelul comunității (unicef, 2021).**

Manualul diferă de resursele menționate mai sus prin faptul că este un manual programatic, iar nu un ghid sau un compendiu, și nu este specific pentru anumite vârste sau sexe. În întreg manualul se va face referire la instrumentele menționate mai sus.

IOM a acordat MHPSS populațiilor afectate de situații de urgență, migrantilor, persoanelor strămutate, persoanelor care se repatriază și comunităților gazdă din 1999, în peste 70 de țări din întreaga lume. Pe baza experiențelor și angajamentelor sale, Organizația a dezvoltat

practici holistice și sistemice în domeniul MHPSS, care se adresează comunității. Comunitatea este, într-adevăr, un concept central în abordarea MHPSS a Organizației, prin prisma mandatului acesteia și a populațiilor țintă. Bunăstarea psihosocială a migrantilor este, cu siguranță, strâns legată de factori care sunt strict interconectați cu conceptul de comunitate. Printre acestea se numără sentimentul de apartenență, rolurile sociale, cultura și adaptarea culturală, dinamica dintre tradiție și schimbare, diferențele dintre paradigmele de asistență socială, sentimentul de identitate, relațiile din interiorul și din afara grupului și stigmatizarea.

Timp de mulți ani, armonizarea programelor MHPSS ale IOM pentru situații de urgență s-a bazat pe cursuri de formare față în față pentru experții și responsabilii IOM, însă această abordare s-a dovedit a fi dificil de susținut, dacă nu este însoțită de un manual practic. Pe de o parte, cererile de programe MHPSS au crescut dramatic în ultimii ani, ceea ce face dificilă mobilizarea echipelor de gestionare și de experți care au fost deja instruite sau instruirea în timp util a echipelor mobilizate. Pe de altă parte, necesitatea unui manual care ar putea instrui responsabilii și experții nou-angajați cu privire la diversele etape de elaborare a unui program de CB MHPSS pentru populațiile strămutate a reieșit din evaluarea mai multor programe MHPSS în situații de urgență ale IOM, cum ar fi cele din **Libia** din anul 2013 și din Republica Arabă Siriană în anul 2016.

Manualul poate fi utilizat de către:

- Responsabilii IOM, pentru instruirea în legătură cu abordarea IOM față de programarea CB MHPSS;
- Responsabili și experți din comunitatea mai largă a MHPSS, pentru a veni în întâmpinarea necesității de a identifica și armoniza practicile din domeniul CB MHPSS.

Caseta 3

Cunoștințe generale

IOM, la fel ca majoritatea agențiilor, angajează experți MHPSS și responsabili de programe MHPSS pe baza unei pregătiri academice relevante și a experienței anterioare în programe asemănătoare. Prin urmare, prezentul Manual este conceput pentru un cititor specializat, deși ar putea fi util pentru orice persoană care se implică cu MHPSS în situații de urgență.



MODUL ÎN CARE ESTE STRUCTURAT MANUALUL

Manualul are trei versiuni:

- O versiune tipărită, care conține doar cunoștințele esențiale;
- O versiune PDF, care completează versiunea tipărită și care conține texte mai detaliate, anexe și hyperlink-uri și
- O versiune online, care poate fi găsită **aici**. Această versiune va constitui un document viu și va fi actualizată periodic, în funcție de noile cercetări, de cele mai bune practici identificate și de feedback-ul primit din partea celor din domeniu.



Manualul este structurat în **16 capitole și trei anexe**. Primul capitol prezintă conceptele, modelele și principiile de lucru ale CB MHPSS; celelalte capitole sunt operaționale și programatice. Aceste capitole sunt de două tipuri:

- Cele care au legătură cu procesul unui program CB MHPSS:
 - Interacțiunea cu comunitățile;
 - Evaluare și cartografiere;
 - Echipe mobile de asistență psihosocială;
 - Supraveghere tehnică și formare;
 - Monitorizare și evaluare;
 - Plus două anexe dedicate coordonării și considerațiilor de ordin etic.

- Cele care prezintă activități specifice domeniului CB MHPSS:
 - Activități socio-relaționale și culturale;
 - Activități de creație și legate de artă;
 - Ritualuri și sărbători;
 - Sport și jocuri;
 - Educația non-formală și învățarea informală;
 - Integrarea asistenței în domeniul sănătății mintale și a asistenței psihosociale în transformarea și medierea conflictelor;
 - Asistență integrată în domeniul sănătății mintale și psihosocial, precum și sprijin pentru mijloacele de subsistență;
 - Consolidarea asistenței în domeniul sănătății mintale și psihosocial în cadrul protecției;
 - Consiliere;
 - Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave.

Fiecare capitol:



- Prezintă un scurt context teoretic.
- Prezintă o listă de informații esențiale pe această temă, utile pentru responsabilii de proiect. Aceasta poate include cartografierea activității în funcție de diferitele niveluri ale piramidei MHPSS a IASC.
- Descrie etapă cu etapă procesul pe care trebuie să îl parcurgă un responsabil MHPSS, pentru a permite punerea în aplicare a activității relevante la nivelul comunității.
- Face trimitere la punctele relevante din *Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS ale IASC: Notă de îndrumare*.
- Prezintă exemple și cele mai bune practici.
- Se referă la instrumente interne și externe, la modele de lucru și la studii de caz relevante. Acestea sunt însoțite de hyperlink-uri și pot fi accesate direct cu un simplu click.
- Identifică provocările.

- Cuprinde o scurtă listă de lecturi suplimentare, pe lângă articolele și instrumentele deja legate prin hyperlink-uri în text.


Niciun capitol nu furnizează informații financiare, logistice sau alte indicații administrative care sunt încorporate în normele și reglementările fiecărei agenții.

Manualul poate fi lecturat în întregime sau câte un singur capitol de interes. Într-adevăr, fiecare capitol conține hyperlink-uri interne, permițând cititorului, printr-un simplu click, să ajungă la părți din alte capitole care trebuie citite pentru a înțelege problemele în discuție. Fiecare capitol poate fi citit în mod autonom, cu ajutorul hyperlink-urilor.


Manualul conține trei tipuri de hyperlink-uri:

- Unele hyperlink-uri sunt indicate prin această pictogramă  și vor conduce cititorul, cu un click, la alte părți ale Manualului. Acestea sunt deosebit de importante, dacă Manualul este citit începând cu un anumit capitol.
- Alte hyperlink-uri sunt indicate prin această pictogramă  și vor conduce cititorul la informații suplimentare pe aceeași temă, lecturi aprofundate și materiale ajutătoare,

inclusiv la materiale originale elaborate de experți special pentru acest Manual.

- Alte hyperlink-uri  vor conduce cititorul, cu un simplu click, la videoclipuri, instrumente, cursuri de instruire sau îndrumări care sunt disponibile în domeniul public și care oferă o completare practică a proceselor descrise în capitole. Materialele corespunzătoare au fost cercetate și verificate de către autori, Comitetul de Coordonare și echipa editorială.

Răspunsul la pandemia de COVID-19

Trebuie remarcat faptul că Manualul a fost validat și finalizat în timpul pandemiei de COVID-19 și că, deși conținutul Manualului nu a fost modificat pentru a reflecta răspunsul la pandemie, IOM a elaborat un set de instrumente specifice pentru a ajuta practicienii să adapteze programele și activitățile MHPSS la aceste noi condiții. Setul de instrumente include materiale elaborate de o varietate de participanți, inclusiv de Grupul de Referință în domeniul MHPSS al IASC, și este organizat pe spații de strămutare. **Setul de instrumente** vor fi menționate în continuare în capitolele următoare. 



1. CONCEPTE ȘI MODELE DE LUCRU



Acest capitol introduce principalele concepte care stau la baza prezentului Manual și prezintă câteva modele care fac legătura între teorie și programare și care pot fi utile pentru proiectarea și gestionarea intervențiilor CB MHPSS. Capitolul prezintă teorii și paradigme, iar nu acțiuni practice. Aceste teorii și paradigme sunt fundamentale pentru înțelegerea unei abordări față de CB MHPSS și pentru contextualizarea capitolelor care vor urma.

Caseta 4

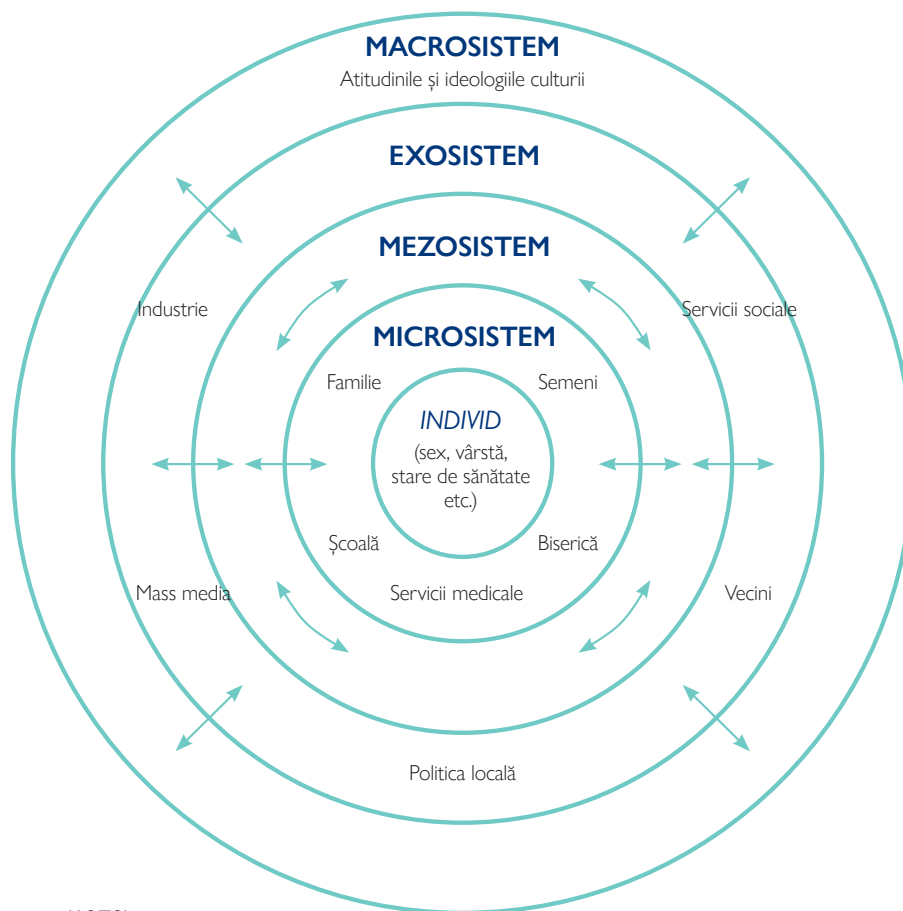
Video pentru capitol

Următoarele concepte și modele de lucru sunt explicate în **acest video**, care a fost elaborat în completarea Manualului. Pentru o explicație vizuală a informațiilor prezentate în acest capitol, vă rugăm să vizionați înainte sau după parcurgerea materialului.



Principiul care stă la baza prezentului Manual este acela că indivizii fac parte dintr-un sistem socio-ecologic care include familiile, sistemele umane mai mari și comunitățile (a se vedea figura 1) și, prin urmare, comunitățile sunt o componentă fundamentală a programelor MHPSS care, de obicei, tind să se concentreze mai degrabă pe nevoile individuale.

Figura 1. Sistemul socio-ecologic



Sursa: Bronfenbrenner (1979).

→ CONCEPTE

1.1.1 Ce înseamnă comunitatea?

În cel mai larg sens al cuvântului, „comunitate” se referă la un grup ai cărui membri împărtășesc anumite puncte comune - cum ar fi locația geografică sau locația originii percepute, limba, interesele, credințele, valorile, sarcinile, afilierea politică, identitatea etnică sau culturală, sentimentul de apartenență și altele - și a cărui dimensiune variază de la foarte mică, cum ar fi un nucleu familial, la extrem de mare, cum ar fi locuitorii unui întreg continent. Mai exact, comunitățile sunt sisteme umane caracterizate de inter-relații și interacțiuni între membrii lor într-un anumit context. Ca atare, o comunitate este o combinație de grupuri (cluster) de:

- Indivizi;
- Familii nucleare și/sau extinse;
- Triburi și/sau clanuri;
- Grupuri confesionale;
- Partide politice;
- Congregații;
- Asociații ale bărbaților, ale femeilor, ale persoanelor cu dizabilități și ale tinerilor;
- Asociații profesionale;
- Grupuri artistice de amatori;
- Echipe sportive;
- Grupuri de interese, cum ar fi persoanele cărora le place un anumit gen de muzică, un club de fotbal sau o vedetă;
- Multe altele.

Inter-relațiile și interacțiunile dintre aceste grupuri sunt, de asemenea, influențate de elemente mai puțin concrete și mai mult constructiviste și includ:

- Culturi;
- Sisteme de credințe;
- Epistemologii;
- Ideologii;
- Istoria și percepțiile istorice;

- Interese social-politice;
- Viziuni asupra viitorului;
- Artefacte și monumente istorice;
- Discursuri și relatări societale.

În sfârșit, comunitatea include instituții precum organisme politice reprezentative, școlile, centrele de sănătate și organizațiile religioase și ale societății civile.

Caseta 5

Dinamica puterii în cadrul comunităților

Inter-relațiile ierarhice și non-ierarhice dintre indivizi, grupuri și sisteme semnificative caracterizează fiecare comunitate. Puterea reprezintă un element important de luat în considerare în interacțiunea cu comunitățile, în special după dezastre și în cazul **migrației**.

Comunitățile sunt dinamice și în schimbare, nu numai în ceea ce privește componența lor reală, ci și în funcție de caracteristicile și preocupările acestora. Comunitățile, ca toate sistemele, au nevoie atât de un anumit grad de *stabilitate*, cât și de un anumit grad de *schimbare* pentru a supraviețui și a prospera. Dacă există prea multă stabilitate, sistemul stagnează, iar dacă există prea multă schimbare, sistemul se transformă în haos. Comunitățile trebuie să păstreze întotdeauna un contact viabil cu propriile rădăcini și tradiții, dar în același timp trebuie să se adapteze la noile circumstanțe și provocări cu care se confruntă de-a lungul timpului, în special atunci când se confruntă cu adversități.

Interacțiunile dintre indivizi, sistemele umane și aceste sisteme și elemente mai transcendente - cum ar fi cultura, credințele și epistemologiile - creează un sentiment de apartenență și siguranță și sunt esențiale în definirea identității.

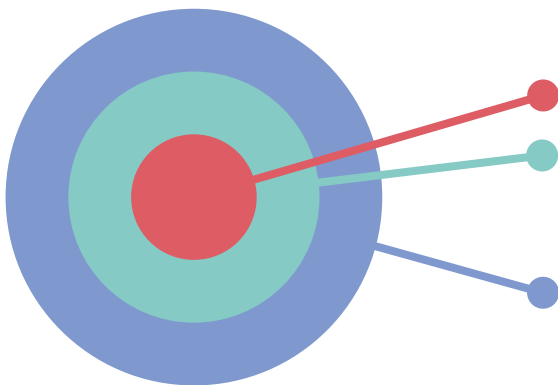
Identitatea este o piatră de temelie a sentimentului de comunitate și a bunăstării psihosociale, fiind esențială pentru înțelegerea bunăstării psihosociale a populațiilor afectate de criză și a migranților.

1.1.2 Ce înseamnă identitatea?

Identitatea constituie un concept central în bunăstarea psihosocială a indivizilor și a grupurilor și rămâne astfel și după adversități, perturbări și strămutări. Definiția simplă a identității se referă la caracteristicile care determină cine este o persoană (OED, 2019), iar același lucru s-ar aplica și identităților colective, inclusiv identităților comunitare și de grup. Generalizând, pentru includerea într-un manual, elementele comune cu majoritatea teoriilor psihologice și sociologice care stau la baza acestora, identitatea poate fi considerată un sistem construit prin inter-relaționarea a trei componente:

- Prima componentă (ilustrată cu roșu în Figura 2), este conceptul de sine, care corespunde cu ceea ce este o persoană pentru ea însăși (de exemplu, diferențele individuale, calități auto-atribuite).
- Prima componentă nu este în totalitate neutră, deoarece o persoană își atribuie calități, caracteristici, credințe culturale și roluri pe baza unor factori societali interiorizați, cum ar fi cultura, credințele, educația, sexul și rolurile sociale învățate. Teoriile dinamice adaugă influențele arhetipurilor și elementele culturale moștenite în mod subconștient, care sunt influențate de culturile hegemonice și secundare din care face parte o persoană, fie pentru asimilare, fie pentru contrapunere. (Această parte este ilustrată cu verde în Figura 2).
- În sfârșit, există o componentă relațională a identității, care este determinată de modul în care o persoană este percepută de ceilalți: familie, prieteni, colegi, clienți, vecini, persoane cu autoritate (cu albastru în Figura 2). Aceste trei componente se alimentează continuu una pe cealaltă.

Figura 2. Identitate



1. Cine sunt eu, din punctul meu de vedere
2. Factori sociali interiorizați: gen, sexualitate, cultură, rasă, naționalitate, vârstă, clasă și ocupație, tradiții, roluri tradiționale
3. Cum mă percep ceilalți

Sursa: Schininà (2012).

Identitatea are multiple fațete. Sinele este alcătuit din diferite sine, de exemplu, sinele părinte, sinele familial, sinele profesional, sinele partener și așa mai departe. Cele trei componente pot avea „ponderi” diferite în diferite comunități în modelarea identității unui individ, iar identitatea este rezultatul unei negocieri continue pe care individul o poartă cu el însuși, cu cultura sa și cu comunitatea sa. Așadar, identitatea este într-o continuă evoluție și se schimbă în funcție de experiențele, întâlnirile, educația și transformările culturale proprii ale fiecăruia, la nivel de sistem, printre altele. Aceste schimbări sunt organice.

Adversitatea și strămutarea forțată afectează identitatea, la toate nivelurile. Conceptele de sine sunt puse sub semnul întrebării prin victimizare, inumanitate, tortură și violență. Menținerea factorilor societali interiorizați, cum ar fi sistemele de credință, este pusă sub semnul întrebării de cauzele unei

situații de urgență (mai ales în caz de conflict). În situația migrației și al strămutării, este posibil ca cultura hegemonică din comunitatea gazdă să nu manifeste aceiași factori societali cu cea a migranților, deoarece limba, înțelegerea rolurilor sociale, sistemele de semnificație și elementele mai simple, cum ar fi simțul umorului, pot fi diferite. Și mai important, feedback-ul pe care migranții îl primesc din partea celor apropiați are de suferit din cauza pierderii unora dintre ei, a faptului că persoanele apropiate sunt lăsate în urmă și, în cele din urmă, din cauza faptului că sunt introduși într-o nouă comunitate, în care nu sunt cunoscuți și sunt adeseori stigmatizați. Identitățile trebuie readaptate. Acest proces poate fi dureros și solicitant, însă rezultatele nu sunt neapărat negative. Cu toate acestea, în cursul acestui proces, pot apărea probleme de confuzie, dezorientare și polarizare. În situații de război, în special, nucleul individual al identității tinde să fie asimilat cu discursul hegemonic al identităților aflate în război. Aderarea la un nucleu de valori care sunt determinate de opoziția față de valorile celeilalte părți aflate în conflict devine o condiție prealabilă fundamentală pentru a fi considerat a face parte dintr-o comunitate.

În mediul de urgență, asistenții umanitari devin persoane apropiate pentru indivizii afectați. În acest sens, participanții la acțiunile umanitare co-construiesc identitatea populațiilor afectate pe care le asistă dintr-o poziție specială de putere.

Prin urmare, este important ca lucrătorii umanitari să nu contribuie la crearea unei identități negative a populațiilor afectate, raportându-se în construirea relației exclusiv la deficitele și vulnerabilitățile acestora, ceea ce riscă să creeze o **identitate** de victimă, sau bazându-se pe clasificări prestabilite. O abordare la nivelul comunității derivă din protejarea bogăției identităților din rândul populațiilor care fac obiectul programului CB MHPSS și din conștientizarea faptului că o organizație umanitară face parte dintr-un sistem care determină, într-o anumită măsură, evoluția acestor identități. În consecință:

- Identitatea ar trebui înțeleasă în componentele sale comunitară-relațională și mai individuală.
- Identitatea ar trebui respectată, cum ar fi pentru faptul că identitățile pot fi în criză sau în tranziție.
- Identitatea ar trebui sprijinită, restabilind un sentiment de autonomie și eficacitate.

1.1.3. Ce înseamnă cultura?

Cu toate că definițiile termenului „cultură” variază foarte mult în literatura de specialitate, în scopul prezentului Manual, cultura este considerată a reprezenta un sistem de credințe, simboluri, mituri, comportamente, canoane, imagini, povestiri, metafore, producții artistice, ritualuri, valori și obiceiuri comune, pe care membrii unei societăți le folosesc pentru a-și reprezenta lumea și pentru a relaționa unii cu alții. Acestea sunt transmise din generație în generație prin învățare, fiind interiorizate în proporții diferite de către indivizi. Cultura cuprinde elemente materiale și imateriale colective, care permit unei anumite comunități să se reprezinte ca fiind distinctă și coerentă.

Din această perspectivă, cultura și elementele acesteia ar putea oferi un sprijin protector, reparator și transformator după perturbări, promovând participarea, un sentiment de continuitate, acceptare, reziliență și un cadru pentru interacțiuni sociale pozitive în situații de urgență.

Cultura nu poate fi înțeleasă ca un sistem închis, iar juxtapunerea perfectă a unei culturi, inclusiv a limbii și a religiei, în cadrul unui grup social de pe un teritoriu, reprezintă un fenomen rar. Cel mai probabil, cultura derivă din coexistența unor subculturi, având fiecare propriile caracteristici. De regulă, cultura principală și subculturile nu se exclud sau nu sunt neapărat alternative una față de cealaltă, iar elementele culturale și subculturale vor coexista în cadrul acelorași indivizi și grupuri și se vor alimenta reciproc.



Aceste dinamici se manifestă, de asemenea, în situații de urgență și în cazul migrației, în care chiar și culturile principale pot fi diferite între migranți și gazdele acestora, inclusiv problemele pe care acest lucru le poate provoca ambelor comunități, în ceea ce privește sentimentul de identitate. Partea pozitivă este că subculturile se pot întrepătrunde cu cadrele culturale principale prin alianțe, favorizând integrarea. În realitate, subculturile permit recunoașterea reciprocă și convergența intereselor între persoanele din aceeași subcultură în cadrul diferitelor culturi principale, cum ar fi migranții și membrii comunităților gazdă care împărtășesc o identitate culturală sau subculturală (de exemplu, aceeași religie, aceeași cultură muzicală, persoane LGBTQI).

Cultura este imaterială în esența sa, însă antrenează manifestări obiective, relații între seturi specifice de indivizi, producții artistice, canoane culturale, discursuri de excludere și practici de incluziune și îngrijire și, mai ales, în mod inerent, în activitatea MHPSS:

-  • Ritualuri, liturghii, comemorări și **sărbători**;
-  • Practici spirituale și de vindecare, etiologii și modele explicative ale **bolilor**;
-  • Legende și mituri, romane și poezii, proverbe și **glume**;
-  • Amintiri și **istorii** orale;
- Expresii emoționale, obiceiuri sociale și etichete de politețe;
- Arte vizuale și plastice, cântece și dansuri, teatru, dramă, povestiri și **interpretări**;
-  • Artizanat, vestimentație și podoabe, gastronomie și **ospitalitate**;
-  • **Sport și jocuri**;
-  • **Învățare**.

Aceste elemente vor fi abordate în termeni mai programatici în capitolele următoare.

Caseta 6 Culturi

Culturile nu trebuie interpretate niciodată în mod ierarhic (mai bună sau mai rea, superioară sau inferioară), etic (bună sau rea, avansată sau înapoiată) sau funcțional (competitivă sau cooperantă). Mai curând, un responsabil de program MHPSS ar trebui să privească culturile ca pe niște sisteme care trebuie înțelese în esența lor și respectate sub aspectul valorilor lor, pentru a pune bazele unor programe eficiente.



1.2. CONEXIUNILE NECESARE ÎNTRE COMUNITATE, SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI BUNĂSTAREA PSIHOSOCIALĂ

Comunitatea reprezintă un aspect fundamental al sănătății mintale, așa cum este stipulat în definiția relevantă a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), care consideră că o bună sănătate mintală este:

○ situație de bunăstare în care fiecare individ își realizează propriul potențial, poate face față stresului normal al vieții, poate munci în mod productiv și profitabil și este capabil să aducă o contribuție la comunitatea din care face parte (WHO, 2012).

De asemenea, comunitatea ocupă un loc central în definiția adjectivului „psihosocial”, care se referă la inter-relațiile dintre minte și societate (OED), deoarece comunitățile sunt un pilon al societății în sens larg și al manifestărilor mai concrete ale acesteia.

În acțiunea umanitară, termenul compus de „asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială” este utilizat din 2007 pentru a defini „orice tip de sprijin local sau extern care are drept scop protejarea sau promovarea bunăstării psihosociale și/sau prevenirea sau tratarea **afecțiunilor** mintale”.



Comunitatea ocupă un loc central și în această construcție.

Într-adevăr, războiul și dezastrele, migrația forțată și strămutarea nu produc efecte perturbatoare doar asupra individului, ci au drept consecință prejudicii comune asupra ecologiilor sociale și fizice ale unei comunități, care afectează bunăstarea psihosocială. După cum scria Erikson (1976:154), acestea reprezintă:

[A] Iovitură în țesuturile de bază ale vieții sociale, care deteriorează legăturile ce îi unesc pe oameni între ei și afectează sentimentul predominant al comunității... o conștientizare treptată a faptului că comunitatea nu mai există ca o sursă eficientă de sprijin și că o parte importantă a sinelui a dispărut... „eu” există în continuare, deși deteriorat și poate chiar schimbat permanent. „Tu” ești în continuare, deși la distanță și greu de perceput. Dar „noi” nu mai existăm ca o pereche conectată sau ca celule legate între ele într-un corp comunitar mai mare.

Aceste afecțiuni necesită nu numai răspunsuri individuale, ci și colective pentru a promova recuperarea și bunăstarea psihosocială, ceea ce implică adesea restabilirea capacității de acțiune morală, socială și politică prin crearea de semnificații și discurs comune.

În anul 2019, Grupul de referință al IASC pentru MHPSS a publicat *Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS: Notă de îndrumare* (IASC, 2019a) disponibilă în limbile **arabă, franceză, portugheză, spaniolă și Urdu**, pentru a răspunde unei nevoi resimțite la nivel general de o mai bună definire a principiilor de lucru ale MHPSS, bazate, așa cum s-a menționat deja, pe înțelegerea:

implicate în mod semnificativ în toate etapele intervențiilor MHPSS.

Persoanele afectate de situații de urgență trebuie privite în primul rând ca participanți activi la creșterea bunăstării individuale și colective, și nu ca beneficiari pasivi ai unor servicii concepute de alții pentru ele. Astfel, prin aplicarea abordărilor MHPSS la nivelul comunității, familiile, grupurile și comunitățile pot sprijini și îngriji pe ceilalți în moduri care încurajează recuperarea și reziliența. Aceste abordări contribuie, de asemenea, la refacerea și/sau consolidarea structurilor și sistemelor colective care sunt esențiale pentru viața de zi cu zi și pentru bunăstare. O înțelegere a sistemelor ar trebui să stea la baza abordărilor la nivelul comunității față de programele MHPSS, atât pentru persoane individuale, cât și pentru comunități. (IASC, 2019a)

Pe de altă parte, o înțelegere superficială a unei abordări la nivelul comunității ar putea fi sintetizată în sloganul „Comunitățile le știu pe toate”. Și totuși, perturbările și strămutările pot crea situații în care sentimentul unei comunități este pus sub semnul întrebării, iar rețelele și inter-relațiile care, de obicei, unesc comunitățile sunt întrerupte, în timp ce valorile și culturile trec printr-un proces de redefinire. Dezastrele despart adeseori comunitățile (inclusiv prin crearea de falii și diviziuni între asistenții umanitari naționali). Consolidarea rezilienței comunității reprezintă un factor esențial pentru recuperarea după o situație nefavorabilă și pentru prevenirea problemelor de sănătate mintală și a dificultăților sociale pe termen lung. (Norris et al., 2008; Padgett, 2002).

În alte situații, comunități diferite sunt forțate de situația de urgență să conviețuiască într-un singur loc geografic, fără a împărtăși celelalte elemente, mai constructiviste, care clădesc o comunitate.

Prezentul Manual încearcă să operaționalizeze această înțelegere în cadrul unui model de lucru, derivat și conceput în principal pentru activitățile MHPSS ale IOM în contexte umanitare, dar care ar putea fi aplicat și altor programe ale altor agenții. Lucrarea de față se bazează pe următoarele modele.



Caseta 7

Migrația și definiția Sănătății Mintale

Definiția simplă a unei bune sănătăți mintale este pusă la încercare de situațiile specifice generate de migrație și strămutare. Găsiți informații suplimentare [aici](#).

...faptului că comunitățile pot fi promotorii propriei îngrijiri și schimbări și ar trebui să fie



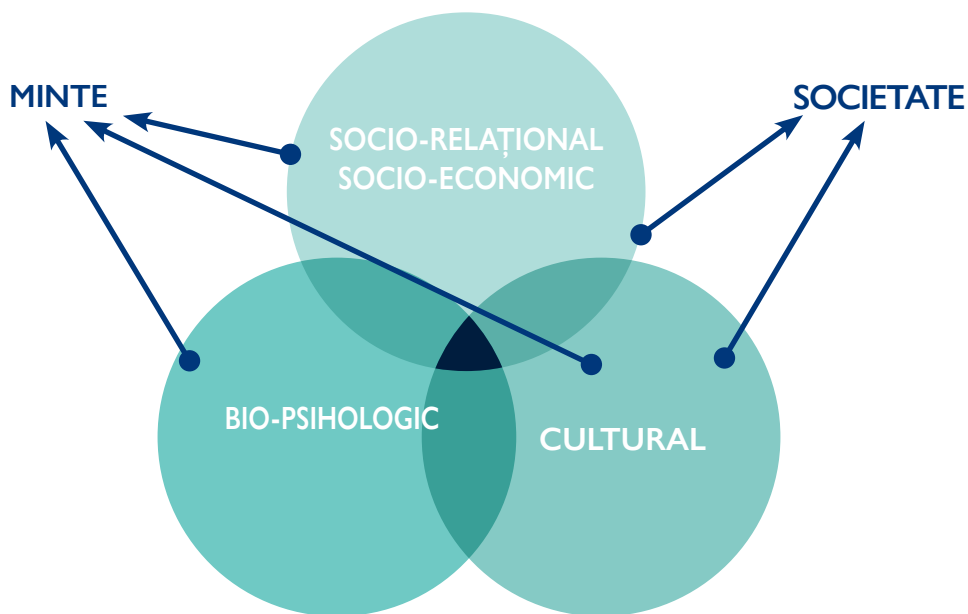
1.3. MODELE

1.3.1 Modelul unei abordări psihosociale a programării în situații de urgență și de strămutare

Acest model constă în inter-relația fundamentală a factorilor biopsihologici, socio-economici/socio-relaționali și culturali pentru definirea nevoilor migranților, ale populațiilor strămutate și afectate de criză, precum și a răspunsurilor la aceste nevoi, astfel cum se ilustrează în Figura 3.

Figura 3:

Modelul unei abordări psihosociale a programării în situații de urgență și de strămutare



Sursa: Schininà (2012).

Cele trei sfere au o importanță egală, sunt interdependente și se influențează reciproc în definirea nevoilor, resurselor și răspunsurilor psihosociale.

Factorul **bio-psihologic** cuprinde emoții, sentimente, gânduri, comportamente, amintiri, stres și reacții la stres. Abilitățile psihologice de adaptare sunt asociate acestei sfere. În acest model, corpul și mintea sunt considerate un sistem unic.

Sfera **socio-relațională/socio-economică** se concentrează pe interacțiunile și interdependența dintre individ și comunitățile din care acesta face parte. Aceasta constă în două aspecte complementare: Aspectul **socio-economic** are legătură cu disponibilitatea și accesul la resurse, cum ar fi, de exemplu, mijloacele de subsistență, asistența medicală sau tehnologia informației. Aspectul **socio-relațional** aduce în discuție calitatea relațiilor dintre un individ și familia acestuia, sistemele sociale mai largi și comunitățile.

Sfera **culturală** se referă, după cum s-a menționat deja, la un sistem de elemente materiale și imateriale comune, pe care membrii unei societăți le folosesc pentru a-și reprezenta lumea și pentru a relaționa unii cu alții, care sunt extrem de importante în modul în care aceștia interpretează adversitățile.

Această schemă ar trebui să contribuie la înțelegerea tuturor nevoilor umanitare ale unei comunități în interdependența lor. Prin urmare, nevoile biopsihologice ar trebui înțelese ca fiind legate de factori determinanți socio-relaționali și socio-economici, iar manifestările acestora trebuie interpretate în funcție de cultură. De asemenea, nevoile socio-economice și socio-relaționale ar trebui înțelese ca fiind interrelaționate cu tulburările biopsihologice și culturale din care decurg și pe care le generează.

În mod similar, intervențiile umanitare ar trebui să țină întotdeauna cont de aceste inter-relații. Nevoile trebuie prioritizate, iar agențiile pot răspunde unui anumit set de nevoi mai degrabă decât altuia. Și totuși, această interconectare ar trebui să fie întotdeauna avută în vedere, de exemplu, prin următoarele:

În acordarea asistenței psihiatrice, trebuie să se țină cont de sistemele explicative culturale, iar ca instrumentele de diagnosticare să fie adaptate din punct de vedere cultural. Ar trebui, de asemenea, acordată atenție modului în care furnizarea de servicii poate fi înțeleasă de către comunitate și cum poate afecta aceasta bunăstarea clientului și nu poate fi separată de analiza posibilităților socio-economice pe care le are familia pentru a asigura îngrijirea.

În momentul distribuirii de alimente, trebuie să se țină cont de elementele culturale ale distribuției, cum ar fi ce alimente sunt adecvate pentru comunitatea respectivă și, de exemplu, cum poate fi percepută primirea de ajutoare în natură în acel mediu, pentru a atenua posibila stigmatizare. Pe de altă parte, ar trebui să luăm în considerare și emoțiile pe care le poate genera modalitatea de distribuire, cum ar fi rușinea și un sentiment de neputință, printre altele.

Ținând cont de această inter-relație, orice program umanitar va fi mai bine fundamentat din punct de vedere psihosocial și mai bazat pe comunitate. O parte a acestui Manual tratează cum ar trebui să procedeze responsabilii unui program MHPSS pentru a se asigura că o abordare psihosocială este utilizată în programele umanitare organizate de aceeași organizație sau în mecanismele de asistență existente în cadrul comunității, care nu sunt etichetate ca fiind programe MHPSS.

1.3.2. Modelul de programare CB MHPSS în situații de urgență și de strămutare

Pentru a schița abordarea organizației în materie de programare dedicată CB MHPSS, IOM a folosit, timp de aproape două decenii, o adaptare a grilei de rezultate ale evenimentelor perturbatoare a lui Renos Papadopoulos, aplicând-o la programare. Acest model este în concordanță cu un model socioecologic și cu o abordare la nivelul comunității a MHPSS, astfel cum este susținută de către **Notă de îndrumare** aplicabilă a IASC.

Pentru mai multe informații despre principiile care stau la baza acestui model, **aici** se află o contribuție originală pe care Papadopoulos a scris-o special pentru acest Manual. În acest capitol, modelul se numește Cadrul pentru programarea dedicată MHPSS și este prezentat astfel cum este utilizat pentru programarea IOM și, prin urmare, adaptat față de formularea sa inițială.



Figura 4: Cadrul pentru programarea dedicată MHPSS

	Răspunsuri psihosociale negative	Răspunsuri psihosociale neutre și factori de reziliență	Răspunsuri psihosociale pozitive sau evoluții activate de adversitate
INDIVID			
FAMILIE			
GRUPURI SEMNIFICATIVE			
COMUNITĂȚI			

Sursa: Adaptare din Renos Papadopoulos (2007).

Un program CB MHPSS va evalua și va răspunde nevoilor printr-o abordare sistemică și cuprinzătoare, care are în vedere următoarele:

- Suferința și consecințele psihosociale negative pe care le-a provocat situația de urgență și strămutarea la nivel individual, familial, de grup și de comunitate, precum și modul în care acestea interrelaționează: Prin urmare, vor fi concepute activități care să răspundă acestor niveluri diferite de suferință, care pot include:
 - Suferința umană obișnuită cauzată de afecțiuni psihice la nivel individual;
 - Violența în familie, separarea și readaptarea rolurilor la nivelul familiei;
 - Perturbări sau polarizări ale grupurilor semnificative;
 - Fracturi la nivelul comunității, cum ar fi stigmatizarea, conflictele, diviziunile, lipsa sentimentului de încredere în instituții și lipsa sentimentului de încredere în ceilalți, printre altele.

Tendența MHPSS în situații de urgență este de a se concentra, aproape exclusiv, pe reacțiile individuale negative la adversitate: Într-o paradigmă CB MHPSS, acestea vor fi în schimb luate în considerare și vor primi un răspuns la toate nivelurile, conectând întotdeauna negativul cu celelalte două categorii de răspunsuri.

- Răspunsurile neutre și factorii de reziliență - adică ceea ce face ca oamenii, grupurile și comunitățile să poată merge mai departe după o criză, bazându-se pe resursele, calitățile, competențele, rețelele și mecanismele de adaptare preexistente: Un program CB MHPSS va încerca să identifice răspunsurile neutre și factorii de reziliență existenți și să îi sporească, pentru a atenua reacțiile negative. Reziliența, conform definiției date de Panter-Brick și Leckman (2013), „este procesul de valorificare a resurselor biologice, psihosociale, structurale și culturale pentru menținerea bunăstării”.
 - Punerea accentului pe puncte forte, resurse și capacități, și mai puțin pe deficite;
 - Anticiparea acțiunilor care diminuează impactul adversității;
 - Atenție la nivelurile multiple de influență, de la cele structurale și culturale până la cele comunitare și individuale;
 - Cartografierea influențelor în sistemele ecologice interconectate (Ager et al., 2010). Reziliența este valabilă nu numai pentru indivizi, ci și pentru familii, grupuri și comunități. Astfel, factorii de reziliență familială, de exemplu, pot fi utilizați pentru a răspunde la suferința individuală, singuri sau în combinație cu răspunsuri individuale personalizate. Sau, grupurile de sprijin preexistente pot fi reactivate și instruite pentru a răspunde la noile provocări.

- Răspunsurile pozitive la adversitate: Pe lângă reacțiile negative și neschimbate la adversitate, fiecare persoană, familie, grup și comunitate expusă la adversitate are, de asemenea, într-o oarecare măsură, ceva de câștigat din aceste experiențe.

Există nenumărate exemple de răspunsuri pozitive la adversitate în viața reală: de exemplu, modificarea stilului de viață individualist anterior prin aprecierea importanței rețelelor sociale, a voluntariatului, lărgirea și aprofundarea orizontului obiectivelor de viață anterioare, o nouă pregătire pentru comunitate sau dobândirea de noi competențe. Un CB MHPSS va identifica și va crea spațiul necesar pentru expunerea acestor răspunsuri pozitive.

Grila originală poate fi utilizată în cadrul evaluărilor rapide sau în orice altă formă de evaluare în care intenția este de a cartografia întreaga varietate de efecte care rezultă dintr-o **situație de urgență**. Aici este prezentat ca un model al diferitelor componente care ar trebui să stea la baza unui program psihosocial la nivelul comunității, care include:

- Asistență în domeniul sănătății mintale pentru persoanele cu tulburări psihice grave, preexistente sau amplificate de circumstanțele crizei.
- Consiliere pentru a ajuta indivizii și grupurile să facă față situațiilor dificile în care se află, cu accent pe capacitatea de rezistență existentă a acestora.
- Consiliere familială, cursuri de pregătire parentală și mediere familială, pentru a ajuta familiile să depășească situațiile dificile în care se află.
- Sprijin pentru grupurile marginalizate și afectate, inclusiv minorități și categorii specifice de supraviețuitori, sub formă de consiliere și servicii de protecție integrate.
- Mesaje la nivelul comunității, care abordează cauzele profunde identificate ale suferinței comunității, precum și medierea și transformarea conflictelor pentru a contracara lanțul de violență care poate caracteriza astfel de situații.

- Promovarea activităților care sunt cunoscute, pentru a atenua suferința individuală, familială, a grupului și a comunității într-o anumită comunitate, consolidarea rețelei sociale, precum și promovarea și mobilizarea acțiunii indivizilor și grupurilor care dețin abilități și atitudini prosoziale dintr-o comunitate. Aceasta include stimularea creării de grupuri de auto-susținere, de creație și culturale, de activități sportive și de învățare; și restabilirea mijloacelor de trai, precum și a ritualurilor și sărbătorilor care fac parte din modalitățile naturale prin care oamenii răspund la adversitate.
- Identificarea și potențarea răspunsurilor pozitive la adversitate prin dezvoltarea competențelor, consolidarea abilităților, mentorat, sprijin în natură, mobilizare și implicare, voluntariat și încurajarea participării civice.

În acest scop, programele CB MHPSS ar trebui să includă:

- Un obiectiv specific și
- Echipe de bază, care reunesc o diversitate de experiență și expertiză necesare.

1.3.2.1. Punctul central al unui program CB MHPSS

MHPSS în situații de urgență se definește astfel:

„orice tip de sprijin local sau extern care are drept scop protejarea sau promovarea bunăstării psihosociale și/sau prevenirea sau tratarea afecțiunilor mintale”.

În conformitate cu această definiție, în cadrul unui program CB MHPSS, accentul cade pe consolidarea sprijinului local și pe analiza bunăstării psihosociale dintr-o perspectivă relațională. Prin urmare, „clientul” unui program MHPSS la nivelul comunității este sistemul social, iar accentul se pune pe punctele forte, resursele, continuitatea și adaptarea la schimbări. Activitățile susținute de o astfel de abordare sunt adesea cele în care membrii comunității sunt deja implicați, dar nu numai. Accentul se pune mai puțin pe serviciile directe și mai mult pe asigurarea unei structuri care promovează

conexiunile pozitive și procesele sociale. De cele mai multe ori, aceasta înseamnă contribuirea la reactivarea legăturilor vechi și la crearea de noi legături și ajutorarea oamenilor să recunoască și să îmbunătățească resursele existente pentru recuperare. Pe de altă parte, programele CB MHPSS recunosc schimbările și dificultățile pe care războiul, dezastrele și strămutarea le produc în structura socială și simbolică a unei comunități, ceea ce creează lacune în interacțiuni și servicii, care vor trebui abordate.

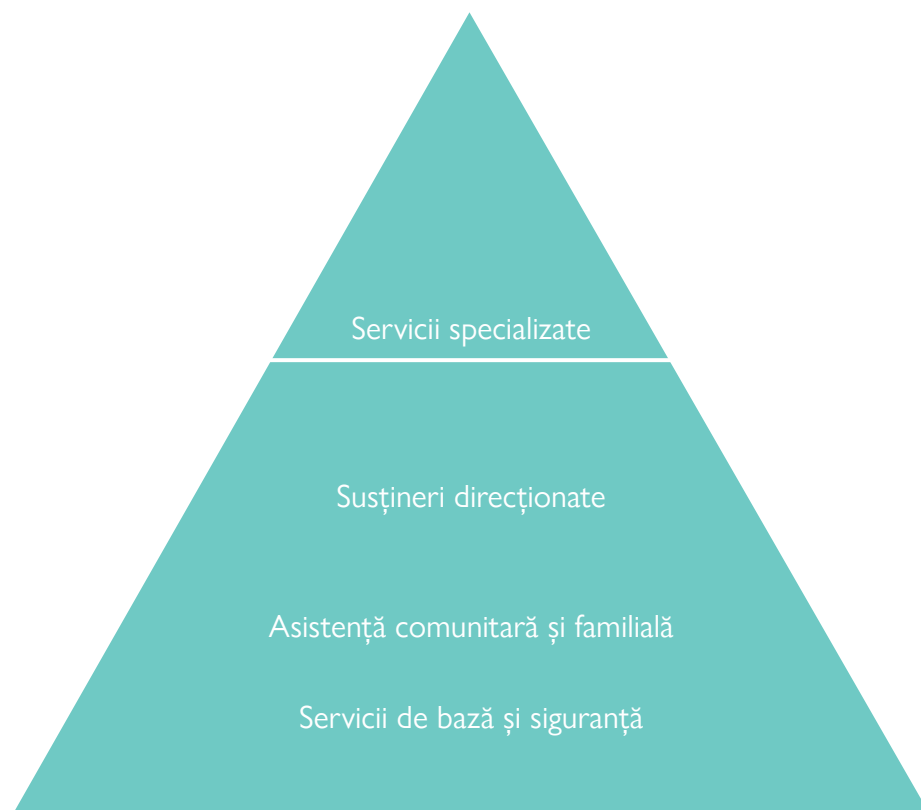
1.3.2.2. Experiența și expertiza echipei de bază

Disciplinele și competențele de care ar trebui să dispună un program CB MHPSS includ:

- Psihologie clinică;
- Psihologia consilierii;
- Psihologie socială;
- Psihologia comunității;
- Asistență socială;
- Lingvistică;
- Antropologie;
- Științe umaniste;
- Sociologie;
- Arte aplicate;
- Educație.

Personalul profesional din cadrul programului, experții și supraveghetorii vor deține o combinație între aceste pregătiri, sau competențele vor fi prioritizate în funcție de componentele specifice ale MHPSS pe care se concentrează programul.

Figura 5. Piramida IASC în domeniul MHPSS în situații de urgență (IASC, 2007)
(fiecare strat este descris în Caseta 8)



Caseta 8

Piramida IASC de intervenție în domeniul MHPSS

Orientări în domeniul MHPSS în situații de urgență al Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007) structurează activitățile MHPSS sub forma unei piramide, care a devenit extrem de populară în intervențiile MHPSS în situații de urgență din întreaga lume. Piramida presupune un sistem stratificat de asistență complementară, care să vină în întâmpinarea nevoilor diferitelor grupuri (a se vedea Figura 5). Acestea includ servicii de bază și siguranță, asistență comunitară și familială, servicii direcționate și servicii specializate. Aceste niveluri nu sunt ierarhice și, în mod ideal, ar trebui să fie implementate concomitent.

Primul nivel al piramidei se referă la garantarea bunăstării fiecărei persoane prin asigurarea prezenței componentei psihosociale și/sau sociale în (re)stabilirea serviciilor de bază și a siguranței Siguranța, guvernanta adecvată și serviciile care satisfac nevoile de bază, cum ar fi „hrană, adăpost, apă, asistență medicală de bază și combaterea bolilor transmisibile”, ar trebui furnizate prin „modalități participative, sigure și adecvate din punct de vedere social, care să protejeze demnitatea populației locale, să consolideze asistența socială locală și să mobilizeze rețelele comunitare”. Răspunsurile MHPSS de la acest nivel ar putea include militarea pentru ca aceste servicii să fie „puse în aplicare cu agenți responsabili; documentarea impactului acestora asupra sănătății mintale și a bunăstării psihosociale; și influențarea agenților umanitari pentru a le furniza într-un mod care să promoveze sănătatea mintală și bunăstarea psihosocială” (IASC, 2007).

Cel de-al doilea nivel se referă la „Asistența comunitară și familială” și atrage atenția asupra importanței rolului deținut de comunitate în menținerea și îmbunătățirea sănătății mintale a persoanelor afectate, cu trimitere la activități precum “localizarea și reunificarea familiilor, ceremonii de doliu asistat și ceremonii de vindecare în comun, comunicare în masă cu privire la metodele constructive de adaptare, programe de sprijin pentru părinți, activități de educație formală și non-formală, activități de asigurare a mijloacelor de trai și activarea rețelelor sociale, cum ar fi prin intermediul grupurilor de femei și de tineri” (IASC, 2007). Mai precis, Orientările recomandă facilitarea „condițiilor pentru mobilizarea, asumarea și controlul comunității în legătură cu intervenția în caz de urgență în toate sectoarele... autoajutorarea comunității și asistența socială... condiții pentru practici de vindecare culturale, spirituale și religioase adecvate la nivel comunitar”.

Cel de-al treilea nivel, susțineri direcționate, se referă la sprijinul oferit persoanelor care „necesită intervenții individuale, familiale sau de grup mai concentrate din partea unor asistenți instruiți și supravegheați” (IASC, 2007).

Cel de-al patrulea nivel, servicii specializate, se referă la serviciile furnizate persoanelor care se confruntă cu dificultăți semnificative în activitatea zilnică de bază din cauza unei suferințe intolerabile și celor care suferă de afecțiuni psihice grave (IASC, 2007). Asistența ar trebui să includă sprijin psihologic sau psihiatric, „trimiteri către servicii specializate, dacă acestea există, sau inițierea unei formări și a unei supravegheri pe termen mai lung a furnizorilor de asistență medicală primară/generală” (IASC, 2007).

Cele mai multe dintre activitățile identificate de Orientări la nivelul asistenței comunitare și familiale vor fi prezentate în acest Manual urmând un cadru diferit. Cu toate acestea, ori de câte ori este posibil, Manualul va semnală la ce nivel al piramidei intervenției psihosociale ar trebui încadrată o anumită activitate propusă. Astfel, responsabilii de program pot prezenta rezultatele în cadrul grupurilor și al structurilor IASC într-un mod care poate fi înțeles de parteneri. Pe de altă parte, așa cum va deveni evident în Manual, de multe ori, diferitele niveluri ale piramidei intervențiilor sunt mai interconectate decât ar permite o categorizare rigidă, lucru care va fi, de asemenea, evidențiat.

➔ 1.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Deși comunitatea reprezintă un sistem care cuprinde diferite subgrupuri, niveluri de interiorizări individuale și contra-reprezentări și se află în transformare constantă, în anumite cazuri, aceasta riscă să fie percepută și interpretată ca atemporală, normativă și prescriptivă de către participanții la aceasta, precum și de către observatorii externi. Acest lucru are mai multe consecințe:

- Activitățile CB MHPSS ar putea consolida stereotipurile negative și ar putea genera practici dăunătoare ca reacție la situația de urgență (de exemplu, căsătoriile timpurii, segregarea fetelor și a persoanelor cu afecțiuni psihice și comportamente agresive).
- Responsabilii psihosociali ar putea avea tendința de a generaliza caracteristicile comunității la toate persoanele asistate și de a le considera imuabile. În schimb, aceștia ar trebui să înțeleagă întotdeauna natura dinamică și evolutivă a comunității.
- Discursurile concurente influențează majoritatea funcțiilor comunităților: un discurs *dominant*, care este responsabil pentru formarea poziției principale a sistemului; și discursuri *subordonate*, care sunt diferite, dacă nu chiar contrare celui dominant. Dimensiunea cheie care diferențiază aceste două tipuri de discursuri este puterea. Toate discursurile ar trebui ascultate și validate în cadrul unui program CB MHPSS, în funcție de necesități și de caz.
- În cazurile în care comunitatea este identificată prin discursul său dominant și hegemonic, aceasta riscă să exacerbeze marginalizarea/discriminarea/stigmatizarea grupurilor subculturale și subordonate, să accentueze dezechilibrele de putere sau să răstoarne echilibrele de putere existente într-un mod care creează tensiuni și opresiuni suplimentare.
- Mai mult, comunitățile se transformă din cauza situațiilor de urgență. Oamenii pot reacționa și se pot adapta la adversități în moduri diferite și deosebite. Unii dintre membrii comunității ar putea deveni mai conservatori, în timp ce alții ar putea deveni mai expansivi (sau chiar negativi) față de apartenența lor culturală decât erau înainte de criză. Aceași persoană ar putea oscila între aceste două poluri în etape diferite ale călătoriei sale de formare. Prin urmare, comunitatea, în aspectele sale culturale și de identitate, trebuie integrată în contextul prezentului în timp ce este planificată o intervenție.
- Asistenții umanitari pot avea un impact asupra comunităților afectate din următoarele puncte de vedere:
 - Relațiile umane care se dezvoltă între aceștia și clienții lor;
 - Spectrul de așteptări și speranțe care sunt generate;
 - Idealizările care apar;
 - Identitățile care se formează ca urmare a programului CB MHPSS;
 - Impactul identității de „beneficiar”;
 - Dependența care se creează;
 - Concentrarea pe un anumit grup de populație.

Un responsabil MHPSS trebuie să acorde atenție modului în care interacționează toate aceste efecte.

LECTURI SUPLIMENTARE

Bateson, G.



1979 *Mind and Nature. A Necessary Unity.* E.P. Dutton, New York.

Erikson, K.



1991 Notes on Trauma and Community. *American Imago*, 48(4):455–472.

Papadopoulos, R.K.



2007 Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3):301–312.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).

2. INTERACȚIUNEA CU COMUNITĂȚILE





2.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Interacțiunea cu comunitățile este considerată un element fundamental al tuturor răspunsurilor umanitare și poate fi rezumată ca o abordare operațională care implică comunitățile afectate în diferitele etape ale programului și în furnizarea de servicii, nu doar ca utilizatori, clienți sau beneficiari, ci, în diferite grade, ca agenți ai propriei lor bunăstări individuale și colective.

Prin urmare, implicarea comunității poate fi considerată atât un proces, cât și un rezultat al unui program MHPSS în situații de urgență.

- Din punct de vedere al procesului, *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007)* îndrumă agenții umanitare cum să faciliteze condițiile pentru interacțiunea cu comunitățile. În plus, *Abordările la nivelul comunității față de Programele MHPSS: Notă de îndrumare* ale Grupului de Referință al IASC pentru MHPSS (*IASC, 2019a*) pune în continuare accentul pe participarea semnificativă a comunităților la acordarea de MHPSS în situații de urgență. Astfel cum am **menționat** mai sus, comunitățile sunt compuse și includ diferite grupuri și sisteme sociale. Toate componentele diferite ale unei comunități și toate comunitățile diferite care coexistă într-un teritoriu ar trebui să fie implicate, nu doar cea principală. De exemplu, în cazul IOM, ar trebui să fie implicate comunitatea gazdă, diverse comunități de migranți și subgrupuri diverse, din punct de vedere social și cultural.

Din punct de vedere al procesului, interacțiunea cu comunitățile:

- Reduce conflictele și sporește încrederea: Implicarea și informarea comunităților ajută la gestionarea așteptărilor și la evitarea neînțelegerilor între coordonarea programului și comunitățile afectate.
- Permite o programare mai eficientă:

- Se bazează pe cunoștințele, resursele, rețelele și conceptele existente.
- Asigură un acces mai bun la populațiile cele mai vulnerabile.

- Din punct de vedere al rezultatelor, implicarea eficientă a comunităților generează o serie de efecte directe asupra bunăstării:

- Facilitează recuperarea: Prin implicare, organizațiile pot sprijini redresarea pe termen lung a comunităților, în loc să se limiteze la satisfacerea nevoilor imediate.

- Susține capacitatea de acțiune și protejează reziliența: Folosirea resurselor existente în cadrul comunității este un element de stabilitate și limitează efectul negativ al abordării neparticipative a multor intervenții umanitare în situații de urgență și crearea de **identități ale victimelor**.

- Crește proprietatea locală și responsabilizează oamenii: Făcând parte din procesul de luare a deciziilor, comunitățile afectate au o mai mare probabilitate de a-și însuși intervenția, de a învăța și de a fi consolidate prin acest proces.

- Îmbunătățește coeziunea socială: Diferitele componente ale unei comunități și toate comunitățile diferite care coexistă într-un teritoriu ar trebui să fie implicate. Participarea în comun la activități și luarea deciziilor sporește coeziunea socială între aceste comunități și grupuri. Iar coeziunea socială sporește bunăstarea.

- Ajută la refacerea țesăturii sociale în locurile în care perturbările au distrus-o.

Acest capitol prezintă obiectivele și etapele interacțiunii cu comunitățile într-un program MHPSS și descrie un proces de implicare adecvat pentru programele MHPSS ale IOM.

2.1.1. Cele trei domenii principale de implicare

Implicarea comunității poate avea o multitudine de efecte pozitive și reprezintă o caracteristică esențială a procesului de punere în aplicare a unui program CB MHPSS.



Obiectivele acestuia pot fi organizate în trei grupuri principale:

- a) Luarea deciziilor în cunoștință de cauză: Acordarea de oportunități pentru comunitate de a contribui la procesele decizionale. Acesta este un lucru important, însă uneori dificil de realizat în cadrul programelor MHPSS în situații de urgență, în care, uneori, principalele activități ale unui program sunt stabilite chiar și înaintea întâlnirii cu comunitățile. Și totuși, un anumit nivel de contribuție la procesul decizional poate fi întotdeauna atins.
- b) Dezvoltarea capacităților: Îmbunătățirea capacităților și competențelor MHPSS într-o comunitate.
- c) Consolidarea relațiilor: Îmbunătățirea relațiilor dintre agenție și comunitate, precum și dintre unele componente ale comunității.

Cele trei obiective sunt corelate și ar trebui realizate în același timp, dar calendarul programului și natura situației de urgență pot determina prioritizarea unui obiectiv în detrimentul altuia. De exemplu, construirea și consolidarea relațiilor devine obiectivul principal atunci când intervenția MHPSS a fost concepută fără implicarea comunității, pentru a corespunde cererilor și calendarului donatorilor. În schimb, luarea deciziilor în cunoștință de cauză este obiectivul principal al unei agenții care are bani de cheltuit, dar nu are idei preconceptionale despre nevoile și resursele existente. Dezvoltarea capacităților va fi obiectivul principal al unei agenții care are un profil foarte tehnic (Capire Consulting Group, 2015). În cadrul unui program CB MHPSS al IOM, de exemplu, implicarea comunităților de interes reprezintă o modalitate de a clădi relații cu și între comunitățile de migranți și nemigranți. Este o modalitate de a lua decizii în legătură cu programul în cunoștință de cauză (obiective, indicatori și priorități, printre altele) și este, în principal, o modalitate de a genera capacități la nivelul comunităților, după cum se va explica în prezentul Manual.

Din punct de vedere programatic, implicarea comunităților în MHPSS are loc într-un continuum care include toate etapele ciclului programului MHPSS, de la analiză la monitorizare și

evaluare, ținând cont de cele trei obiective ale implicării comunității în acest proces.

2.1.2. Gradele de implicare a comunității

Implicarea comunității poate avea diferite grade și scări, prezentate succint mai jos:

- Pasivă: Informațiile sunt împărtășite cu comunitățile, dar acestea nu au nicio autoritate în ceea ce privește deciziile și acțiunile întreprinse.
- Transferul de informații: Sunt colectate informații de la comunități, însă acestea nu participă la discuțiile care conduc la luarea deciziilor.
- Consultare: Comunitățile sunt invitate să își exprime opiniile, dar nu ele decid ce să facă și cum să realizeze acest lucru.
- Funcțională: Comunitățile sunt implicate în planificarea uneia sau mai multor activități, însă au o putere decizională limitată.
- Interactivă: Comunitățile sunt în totalitate implicate în procesul de luare a deciziilor împreună cu agenția care implementează programul.
- Asumare: Comunitățile controlează procesul de luare a deciziilor, iar agențiile acționează numai în calitate de facilitatori (finanțatori, supraveghetori și formatori).
- Autonomie: Comunitățile capătă autonomie în ceea ce privește furnizarea de MHPSS, astfel încât, în cele din urmă, să poată răspunde nevoilor existente cu un sprijin extern limitat.

Obiectivul ar trebui să fie întotdeauna acela de a încerca să obțină cât mai multă implicare din partea comunității, plasând ștacheta la nivel funcțional, în încercarea de a atinge nivelurile de asumare și de autonomie. În cadrul programelor MHPSS ale IOM, vor fi utilizate diferite niveluri de implicare cu diferiți actori din cadrul unei comunități. De exemplu:

Autonomie: Categoriile profesionale și practicienii care își desfășoară activitatea în diferite domenii ale MHPSS vor fi abilitați prin intermediul unor cursuri de formare la nivel academic, concepute împreună cu mediul academic și experții locali în calitate de parteneri (a se vedea capitolul privind **Instruirea**).



Funcționalitate și asumare: Echipele psihosociale fac parte în totalitate din procesul decizional al programelor MHPSS. Acestea provin atât din comunitatea gazdă, cât și din cea strămutată, și se implică și interacționează cu alte persoane din comunitate (a se vedea capitolele despre **Echipe mobile de asistență psihosocială** și despre **Supraveghere tehnică**).



Funcționalitate și interactivitate: Activitățile propuse de echipe sunt atât orientate spre servicii, cât și spre mobilizare, asigurând astfel un echilibru între a răspunde nevoilor și a permite o participare semnificativă a voluntarilor, profesioniștilor, supraviețuitorilor, părților interesate și a altor participanți (a se vedea capitolul despre **Activități socio-relaționale și culturale** și despre **Activități de creație și bazate pe artă**).



Toate acestea vor fi analizate în capitolele următoare.



2.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

2.2.1. Care sunt persoanele implicate

Implicarea comunităților înseamnă implicarea oamenilor, a funcțiilor sociale și a instituțiilor prin intermediul unui proces, precum și acțiuni specifice care să le permită să participe în mod activ la luarea deciziilor, în funcție de diferitele grade menționate mai sus. Persoanele care vor fi implicate într-un program MHPSS sunt stabilite în obiectivele programului propriu-zis.

2.2.1.1. Indivizi

Primul punct de contact pentru responsabilii MHPSS din cadrul IOM ar trebui să fie profesioniștii și resursele MHPSS. Chiar și în situații complexe de urgență, profesioniștii MHPSS la nivel național și local pot contribui în mod eficient la fundamentarea și elaborarea programelor de asistență psihosocială.

În al doilea rând, numeroase structuri sociale, administrative, politice și religioase care sunt

importante pentru îngrijirea sănătății mintale și asistența psihosocială ar putea fi încă în vigoare. Chiar înainte de a începe cu o cartografiere adecvată, se poate discuta cu liderii acelor structuri deja cunoscute de organizație sau cu cele mai relevante și vizibile.

În cele din urmă, este important să fie identificați liderii comunitari, care pot ajuta responsabilul să se relaționeze cu comunitățile afectate sau cu subgrupurile acestora. Liderii comunitari sunt persoane care dețin funcții sociale în comunitatea lor, în special liderii, datorită influenței și accesului pe care îl au în comunitate. De exemplu, liderii civici și ai administrației locale, liderii religioși și spirituali, liderii altor organizații comunitare, profesorii, artiștii și intelectualii, membrii departamentelor de specialitate din cadrul universităților locale, activiștii de tineret, liderii vârstnici și liderii femeii și mulți alții pot fi implicați în calitate de lideri comunitari („gatekeepers”).

Atât comunitatea profesională MHPSS, cât și ceilalți lideri comunitari îi pot ajuta pe profesioniști în procesul de **evaluare a nevoilor; cartografiere a resurselor** printr-o abordare de tip „bulgăre de zăpadă”; precum și cu învățarea conceptelor și expresiilor locale pentru suferință și durere, frustrare și teamă, fericire și speranță, precum și a obiceiurilor și credințelor locale importante pentru implementarea unui program MHPSS. Timpul alocat întâlnirii și ascultării va fi adesea răsplătit prin apreciere și colaborare. Cu toate acestea, în relațiile cu liderii comunitari și cu membrii diferitelor grupuri profesionale și politico-administrative, responsabilii ar trebui să adopte o abordare critică. Organizațiile, administrațiile locale și grupurile sociale au propriile interese și, în lipsa recunoașterii acestor strategii, se pot lua cu ușurință decizii operaționale greșite (**IASC, 2007**).



2.2.1.2. Familii

Famiile reprezintă sisteme sociale importante și trebuie implicate ca atare. Într-un context de urgență, în special în cazurile de strămutare și migrație forțată, familiile sunt spațiile culturale și sociale în care indivizii își exprimă stresul, temerile și nemulțumirile și în care primesc îngrijire de

bază, sprijin emoțional și protecție. Cu toate că familiile fac parte, de obicei, din grupuri sociale și teritoriale mai mari, reprezentate în mod oficial de lideri culturali, administrativi sau politici (a se vedea mai sus), este important să se stabilească o interacțiune operațională directă cu familiile extinse sau cu grupuri de familii (părți ale taberei, cartiere în mediul urban și sate în zonele rurale).

Famiile care prezintă o preocupare principală pentru implicarea comunității în MHPSS ar trebui să fie cele ai căror membri sunt:

- Afectați de dizabilități, inclusiv de dizabilități cognitive;
- Afectați de tulburări mintale, neurologice și de abuz de substanțe preexistente sau generate de criză;
- Supraviețuitori ai violenței și/sau martori ai violenței care a avut loc în timpul crizei;
- Familii monoparentale cu un număr mare de persoane dependente (copii, bătrâni, rude);
- Asociate cu sau provenind din grupuri etno-religioase minoritare.

Caseta 9

Implicarea familiilor

Implicarea familiilor poate include crearea unui sistem de avertizare timpurie pentru cazurile de tentativă de suicid, segregarea fetelor și a persoanelor cu dizabilități, căsătoriile timpurii, abuzul asupra copiilor și violența domestică. În scopul unui astfel de sistem informativ, tinerii și femeile sunt, de obicei, cei mai potriviți membri ai comunității pentru a monitoriza dinamica familială și situațiile de abuz ascunse. Încrederea și confidențialitatea dintre membrii comunității și personalul MHPSS reprezintă nucleul acestui sistem, care nu poate fi stabilit încă de la începutul intervenției în situații de urgență, ci într-o etapă ulterioară.

În timpul etapei de evaluare, eșantioanele de familii ar trebui intervievate ca un întreg (permițând participarea activă a tuturor membrilor, nu doar a liderilor sau a persoanelor

cele mai vocale), pentru a înțelege nevoile MHPSS, precum și sfera de acoperire și calitatea serviciilor furnizate. În funcție de normele culturale locale și de situațiile de urgență, reprezentanții familiilor extinse sau grupate pot fi sprijiniți pentru înființarea unor comitete de proiect sau de părinți care să susțină programul.

2.2.1.3. Grupuri

Implicarea comunității presupune includerea diverselor grupuri din comunitate: bărbați, tineri, asociații ale femeilor și ale persoanelor cu dizabilități, asociații și cluburi profesionale, activiști și grupuri de auto-ajutorare, organizații comunitare, grupuri de interes și grupuri care se reunesc în jurul unei activități sau interese specifice (sport, cluburi de fani, coruri). Într-o situație de urgență, aceste grupuri ar putea fi vulnerabilizate din cauza conflictului, a strămutării sau a restricțiilor logistice sau politice. **Ar trebui prevăzute resurse financiare și tehnice pentru revitalizarea, consolidarea sau chiar restabilirea acestor grupuri.** Deosebit de importantă este crearea de rețele și platforme digitale în care ONG-urile locale și organizațiile comunitare pot face schimb de bune practici, informații și coordonare și pot promova campanii de interes comun.



Caseta 10

Implicarea persoanelor cu dizabilități

Activitățile accesibile și incluzive de MHPSS la nivelul comunității asigură că: persoanele cu dizabilități fac parte din procesele de luare a deciziilor și de conducere; informațiile privind MHPSS sunt accesibile și incluzive; facilitățile MHPSS sunt accesibile; și activitățile MHPSS sunt concepute într-un mod accesibil și incluziv și încurajează participarea activă. Totodată, programele MHPSS ar trebui să identifice și să invite în mod expres persoanele cu diverse dizabilități să participe la activitățile MHPSS.

2.2.1.3.1. Grupuri religioase

În cadrul procesului de implicare, activitatea cu grupurile religioase necesită o atenție strategică, deoarece religia joacă un rol semnificativ în setul de valori și în viața emoțională și socială a multor persoane din comunități. Aprobarea din partea grupurilor religioase și implicarea acestora în program constituie, de aceea, factori importanți de legitimare și de asumare a proiectului de către comunitate. Într-adevăr, în timpul unei situații de urgență, este foarte probabil ca organizațiile religioase să desfășoare deja activități MHPSS de CB, iar în acest caz eventuala implicare poate fi extinsă la un parteneriat.

De asemenea, este important să privim incluziunea prin prisma religiei. Comunitățile religioase locale sunt de obicei capabile să fie aproape de oamenii aflați în situații de urgență și să ofere o interpretare a experienței care se poate dovedi a fi semnificativă pentru mulți. Prin urmare, liderii religioși și spirituali pot avea o influență pozitivă în canalizarea reacțiilor psihosociale negative și în promovarea coexistenței pașnice și a participării. Cu toate acestea, implicarea grupurilor religioase și spirituale trebuie analizată cu atenție și echilibrată în contextele în care există mai multe grupuri sau atunci când un anumit subgrup religios, etnic sau social ar putea suferi o discriminare deschisă sau ascunsă din partea grupurilor religioase. Pentru îndrumări suplimentare privind integrarea credinței, a grupurilor profesionale și a liderilor religioși în programele CB MHPSS, a se vedea **aici**. Pentru o abordare mai structurală, vă rugăm să consultați orientările privind *A Faith-Sensitive Approach in Humanitarian Response: Guidance on Mental Health and Psychosocial Programming* [O abordare sensibilă la credință în răspunsul umanitar: orientări privind sănătatea mintală și programarea psihosocială] (**IASC, 2018a**).

2.2.2. Modalitatea de implicare

Există mai multe modalități de a menține implicarea comunităților pe parcursul diferitelor etape ale unui program MHPSS. Procesul de implicare necesită transparență și responsabilitate, informații accesibile și în timp util, precum și claritate în

legătură cu structurile, procesele, politicile, capacitățile și limitările în materie de resurse umane și materiale.

Poate fi înființat un comitet de proiect format din persoane care reprezintă cu adevărat diferitele fațete ale comunității. Pot fi organizate întâlniri periodice cu aceștia, pentru a se consolida încrederea în program și în proces. Comitetele vor include experți MHPSS, lideri comunitari, lideri religioși și reprezentanți ai diferitelor comunități și grupuri. În funcție de obiectivul implicării și de gradul de implicare necesar pentru program, întâlnirile pot fi:

- Schimb de informații cu privire la actualizarea programului (pasiv);
- Ședințe în cadrul cărora noi informații sunt comunicate și colectate de la comitet în funcție de nevoile tehnice și manageriale (transfer de informații);
- Întâlniri în cadrul cărora este solicitată părerea membrilor comitetului cu privire la probleme identificate în prealabil de către responsabil (consultare);
- Întâlniri de planificare în cadrul cărora se evaluează împreună indicatorii de realizare și se iau decizii importante pentru program (funcțional-interactiv) (**Capire Consulting Group, 2016**).



Mai mult decât atât:

- Membrii echipei mobile de asistență psihosocială (PMT) fac parte din comunitate (a se vedea capitolul privind Echipele mobile de asistență psihosocială).
- Fiecare PMT IOM include un mobilizator comunitar (conform celor de mai sus).
- Sunt angajați profesioniști locali relevanți în calitate de consultanți sau în funcții tehnice și de formare specifice.
- Experții locali și mediul academic fac parte din echipa de supraveghere (a se vedea secțiunea 4.4 din acest capitol).
- Artiștii, activiștii și promotorii pot primi sprijin în natură pentru organizarea de activități pentru comunitate (a se vedea Figura 9).



- Rețelele, serviciile și practicile tradiționale existente pot fi sprijinite în natură, prin instruire sau prin înființarea de rețele, pentru a acționa drept surse de referință sau furnizori de servicii.
- Sunt implementate forme structurate de colectare a feedback-ului de la populațiile afectate vizate de proiect, de la factorii de decizie și de la restul comunităților. Acestea ar trebui să țină cont de **Cadrul de responsabilitate față de populațiile afectate și comunicarea cu mecanismele comunităților.**
- Implicarea comunităților de migranți poate necesita, în plus, mediere culturală, interpretare adecvată și cursuri de formare în domeniul competențelor culturale pentru membrii comitetelor.
- Activitățile religioase și culturale, cum ar fi perioada de post și munca sezonieră, ar trebui să fie întotdeauna luate în considerare - în mod negativ, deoarece pot afecta participarea, și în mod pozitiv, pentru a fi utilizate pentru a sprijini implicarea comunităților în program.
- Membrii comunității li se poate oferi dezvoltarea capacităților.

Caseta 11

Implicarea și parteneriatul cu organizațiile locale

IOM a implementat cu succes în Columbia, Liban, Libia, Turcia, Serbia și Irak, pentru a menționa doar câteva dintre acestea, forme structurate de implicare și parteneriat cu organizațiile locale care oferă servicii MHPSS. Aceste programe de formare intensivă (de obicei, o sesiune săptămânală pe parcursul a trei-patru luni, acoperind subiecte teoretice și operaționale) au contribuit nu numai la capacitarea organizațiilor, ci și la asigurarea coordonării și consolidarea rețelelor societății civile. Acest lucru a fost urmat, de obicei, de furnizarea de sprijin practic în natură, precum și de supraveghere și îndrumare, pentru dezvoltarea unor activități MHPSS la scară redusă.

Aceste organizații reprezintă o serie de ideologii, motivații, capacități operaționale și preocupări, inclusiv organizații religioase, umanitare, educaționale, de sprijinire a femeilor și copiilor, a persoanelor în vârstă, a persoanelor cu dizabilități, a minorităților, a migranților și a supraviețuitorilor violenței bazate pe gen (GBV) și ai torturii. Inițiativa IOM a ajutat aceste organizații să își dezvolte capacitatea:

să intervină și să se coordoneze în timpul fazelor acute ale crizei pe baza proximității teritoriale și operaționale față de populațiile afectate și de comunitățile gazdă;

să grupeze resursele profesionale și să facă schimb de bune practici, pentru a asigura respectarea metodologiilor la nivelul comunității și a standardelor de calitate în domeniul MHPSS;

să facă lobby ca un grup unificat pentru finanțarea, dezvoltarea capacităților și procedurile administrative pe lângă autoritățile locale, sectorul privat și furnizorii de servicii publice;

să militeze pentru recunoașterea, protecția și îngrijirea populațiilor afectate de către organizațiile internaționale, guvernele naționale și sistemele umanitare (agențiile Națiunilor Unite, donatorii și ambasaderele);

să interacționeze cu IOM în calitate de partener internațional pentru evaluarea și punerea în aplicare în comun a intervențiilor de urgență în domeniul MHPSS.

Grupurile de coordonare a organizațiilor comunitare și rețelele de ONG-uri care au rezultat s-au dovedit a fi esențiale în furnizarea de servicii CB MHPSS în **Libia** imediat după reluarea războiului civil în vara anului 2014, dar și în **Irak** după campania militară de eliberare a gubernatelor nord-vestice de ISIS, inclusiv Mosul, în 2017.



Caseta 12

Comitete locale

Membrii personalului național care lucrează pentru organizație ar putea fi parțial influențați de faptul că primesc un salariu sau o remunerație și ar putea fi preocupați de adaptarea a ceea ce știu despre culturile lor la noua cultură organizațională în care sunt integrați. Pot fi formate comitete locale de program pentru coordonarea programelor MHPSS și pentru a se implica în mod regulat (Sliep, 2011).

Comitetele locale ar trebui implicate pe tot parcursul ciclului de proiect. Acestea pot contribui la prioritizarea întrebărilor de evaluare și la consilierea cu privire la caracterul adecvat al mijloacelor de verificare utilizate. În etapa de planificare, comitetul decide modalitatea de prioritizare a constatărilor rezultate în urma evaluărilor și ajută la elaborarea unor planuri de acțiune convenite de comun acord, care să faciliteze asumarea și controlul de către comunitățile implicate (IASC, 2007). Aceste planuri ar trebui să clarifice modul în care vor fi luate deciziile, să definească valorile comune și să negocieze drepturile și responsabilitățile pentru fiecare etapă a procesului (cine, ce, unde, când, de ce și cum). Pe parcursul punerii în aplicare, comitetul va transmite periodic un feedback în legătură cu rezultatele programului și cu planurile de instruire. De asemenea, comitetul va valida instrumentele de evaluare a programului și va participa la evaluarea acestuia.

Membrii comitetului pot acționa, de asemenea, ca puncte de interes pentru subgrupurile lor (academic, profesional, etno-religios, geografic, de gen, de vârstă, subcomunități). Aceștia sunt cei care își informează comunitatea sau grupul specific și sunt cei care încearcă să îi implice în program. Responsabilii MHPSS ar trebui să sprijine membrii comitetului și liderii comunității în a-și valorifica propriile forțe prin sesiuni de formare specifice și prin implicarea activă în activități. **Comitetele locale ar trebui să includă liderii comunitari și experții atât pentru comunitatea strămutată, cât și pentru comunitatea gazdă, precum și pentru subcomunități.**

➔ 2.3. STUDIU DE CAZ

Reziliența comunității LINC bazată pe terapia familială de tranziție (Landau, 2018)

O intervenție de reziliență comunitară LINC presupune implicarea unei întregi comunități sau a reprezentanților acesteia în evaluarea unei situații și în elaborarea propriei intervenții (Landau, 2007). Acest tip de intervenție poate fi utilizat în cadrul unei comunități sau de către guverne și organizații ca modalitate de a se pregăti pentru și/sau de a rezolva consecințele dezastrelor în masă (Landau, 2004, 2007, 2012, 2018; Landau et al., 2008; Landau și Saul 2004; Landau și Weaver, 2006). Intervenția recurge la o serie de hărți pentru a evalua datele demografice, atitudinile, obiceiurile, structurile familiale și evenimentele importante din comunitate. În urma acestei evaluări, se organizează forumuri comunitare, fiecare dintre acestea aferent unui eșantion reprezentativ al populației. În comunitățile mai mari (peste 6.000 de persoane), Intervențiile de reziliență comunitară LINC încep de la consultanți care instruiesc profesioniști locali pentru a ajuta la facilitarea intervențiilor, astfel încât intervenția să ajungă la întreaga comunitate.

În conformitate cu orientările LINC, membrii comunității sunt împărțiți în grupuri mici de discuții, fiecare formată dintr-un eșantion reprezentativ al comunității. Grupurile identifică punctele forte, temele, scenariile și resursele disponibile în cadrul comunității și discută despre ceea ce înseamnă conceptul de reziliență pentru ei în mod individual, precum și pentru familiile și comunitatea căreia îi aparțin. Ulterior, fiecare grup elaborează obiective generale pentru viitor. De obicei, grupurile îmbrățișează obiectivele stabilite de colectivitate, adăugând însă și câteva obiective proprii. Aceștia discută modalitățile prin care resursele aflate la dispoziția lor pot fi aplicate la fiecare sarcină mică și ușor de realizat, care derivă din unul dintre obiective.

Grupurile lucrează apoi în echipe de colaborare pentru a selecta „Verigile” comunității, adică persoane din cadrul grupului lor în care au încredere și cu care pot comunica cu ușurință. Verigile sunt identificate drept persoane care ar putea fi buni lideri și care sunt capabile să elimine diferențele dintre comunitate și profesioniștii din exterior. Membrii echipelor de colaborare identifică apoi sarcinile practice din obiectivele stabilite și organizează grupuri de lucru pentru îndeplinirea acestora. Numărul de Verigi depinde parțial de dimensiunea comunității. Comunitățile de dimensiuni medii (cu o populație cuprinsă între 6.000 și 50.000 de locuitori) selectează, în medie, între 3 și 5 Verigi; orașele mai mari (50.000-1 milion de locuitori) selectează între 8 și 10 Verigi, fiecare dintre acestea coordonând mai multe proiecte. Acest model a fost aplicat în Argentina, Australia, Brazilia, Finlanda, Japonia, Africa de Sud, Statele Unite, Kosovo¹ și în alte locuri.

➔ 2.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Implicarea comunității nu este un proces ușor, mai ales în cazul refugiaților sau al comunităților strămutate și de migranți. Comunitățile strămutate sunt adesea fragmentate, împrăștiate și pătrunse de o lipsă generalizată de încredere din cauza experiențelor trăite. În plus, uneori nu își pot respecta rolurile și tradițiile culturale și sociale. Comunitatea gazdă se poate simți amenințată și poate să nu fie receptivă.

Ar putea exista dispute între diferite organizații comunitare și ONG-uri (inclusiv ONG-uri internaționale), lipsă de finanțare, corupție, lipsa unor instituții (guvernamentale) funcționale, exploatare și o structură de putere existentă dificilă, alimentată de un sistem umanitar neparticipativ (Saul, 2017).

Uneori, organizațiile umanitare sau asistenții umanitari nu implică comunitățile pe tot parcursul ciclului programelor desfășurate, din diverse motive (**Health Communication Capacity Collective (HC3), 2017; OCHA, 2017**):



- Frica de negativ: Lucrătorii din domeniul umanitar se pot teme de un feedback negativ sau de faptul că oamenii îi consideră responsabili pentru probleme asupra cărora au un control limitat sau inexistent.
- Lipsa de resurse: Furnizarea de informații coerente și utile către comunități și ascultarea semnificativă a acestora pot fi considerate sarcini care necesită un buget suplimentar și resurse umane dedicate. Având în vedere că resursele sunt limitate în majoritatea situațiilor de urgență din întreaga lume, implicarea comunității nu este considerată, de multe ori, o investiție prioritară.
- Priorități contradictorii: În orice situație de urgență, timpul este întotdeauna esențial. Asistența pentru salvarea de vieți trebuie oferită rapid, iar timpul necesar pentru consultarea oamenilor poate părea contraproductiv. Alimentele, apa, adăposturile și asistența medicală sunt considerate deseori ca fiind singurele sau cele mai urgente priorități într-o situație de criză.
- Coordonare: De asemenea, organizațiile pot avea abordări sau mesaje conflictuale sau concurente. Nu toate organizațiile internaționale colaborează cu ușurință cu diferite grupuri locale, cum ar fi mass-media locală. Armonizarea acestora poate reprezenta o provocare continuă.
- Includerea de grupuri diferite: De cele mai multe ori, nu este o sarcină ușoară includerea tuturor grupurilor diferite din cauza relațiilor de putere și a comportamentelor și discursurilor socioculturale dominante. În situațiile de conflict, există riscul ca autorii și victimele să fie amestecate. Din cauza sensibilității culturale, anumite probleme nu sunt discutate cu ușurință de diferitele grupuri.
- Bariere lingvistice (a se vedea capitolul despre **Consiliere**).



1 1 Referințele la Kosovo vor fi interpretate în contextul Rezoluției 1244 a Consiliului de Securitate al Organizației Națiunilor Unite. (1999).

Accesul la comunități și metodele disponibile pentru implicarea comunității pot fi modificate în timpul situațiilor de urgență în domeniul sanitar, cum ar fi pandemia de COVID-19. Deși nu sunt exhaustive, realizarea de evaluări continue, campanii de conștientizare și asistență la distanță pot reprezenta **strategii de implicare utile** în timpul crizelor medicale.



În plus, Grupul Tematic al IASC cu privire la Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS a organizat **un schimb de discuții online** în legătură cu provocările și și căile de urmat pentru implicarea comunității.



LECTURI SUPLIMENTARE

Ager, J., E. Fiddian-Qasmiyeh and A. Ager



2015 Local Faith Communities and the Promotion of Resilience in Contexts of Humanitarian Crisis. **Journal of Refugee Studies, 28(2):202–221.**

Regional Psychosocial Support Initiative (REPPSI)



2010 Mainstreaming Psychosocial Care and Support - Facilitating Community Support Structures. REPPSI, Johannesburg, South Africa.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)



2015 Community Engagement. OCHA, New York.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**.



3. EVALUARE ȘI CARTOGRAFIERE



➔ 3.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Evaluarea nevoilor și resurselor MHPSS ale persoanelor afectate de o situație de urgență și cartografierea serviciilor MHPSS existente sau a resurselor care ar putea fi reactivate cu ușurință constituie părți esențiale ale programelor MHPSS la nivelul comunității. Evaluările și cartografierea MHPSS în situații de urgență nu ar trebui să vizeze doar enumerarea problemelor, ci ar trebui, de asemenea, să ajute responsabilii să analizeze modul în care factorii individuali, familiali, culturali, sociali și politici sunt interconectați în intervențiile de urgență și modul în care aceste conexiuni afectează sănătatea mintală și bunăstarea psihosocială a populațiilor și a migranților afectați de criză. Prin urmare, devine esențial ca nevoile MHPSS ale populațiilor afectate să fie evaluate în moduri care să implice **membrii comunității**. Acest aspect este clar definit în *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență al Comitetului Permanent Inter-Agenției (IASC) (IASC, 2007:38–45* – Fișa de acțiune 2.1, Realizarea de evaluări ale problemelor de sănătate mintală și psihosocială).

În cazul în care evaluarea are ca scop, printre altele, obținerea de informații despre tensiunile colective care se află în spatele problemelor psihosociale individuale și familiale și despre modul în care acestea pot fi rezolvate, comunitățile trebuie să fie implicate, în măsura posibilităților, în toate etapele evaluării, astfel cum este ilustrat în Figura 6.

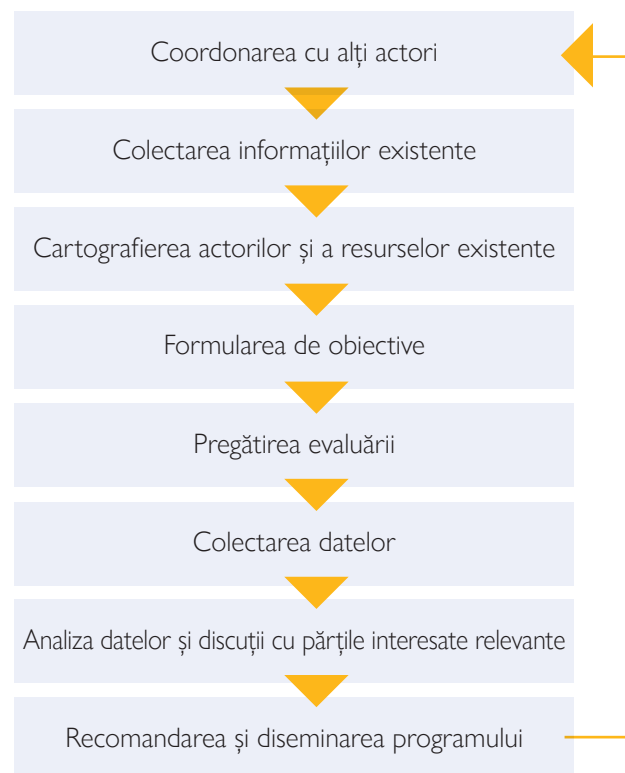
Având în vedere faptul că literatura de specialitate despre modul de elaborare și de realizare a unei evaluări este generoasă, capitolul de față nu prezintă o metodă de evaluare sau un instrument specific, ci se concentrează mai degrabă pe modul de implicare a comunităților în evaluarea și cartografierea MHPSS și de ancorare a acestora mai mult în comunitate, pe baza instrumentelor existente. Acesta va include:

- Modalitatea de includere a membrilor comunității în echipa de evaluare;

- Modalitatea de validare și de discutare a obiectivelor, metodelor și priorităților evaluării cu membrii cheie ai comunității;
- Modalitatea de elaborare a evaluărilor participative personalizate;
- Modalitatea de selectare a instrumentelor existente în funcție de natura participativă a acestora.

Acest capitol tratează evaluările MHPSS inițiale generale. După ce activitățile sunt stabilite și echipele sunt formate, pot fi necesare alte evaluări, care sunt specifice activităților desfășurate. De exemplu, (a) un program de mijloace de subsistență care include componente MHPSS necesită o analiză de piață; (b) organizarea de activități creative necesită o cartografiere creativă a comunității; și (c) în anumite situații, va fi necesară o analiză a conflictelor pentru fundamentarea activităților MHPSS în anumite zone. Aceste evaluări sunt asociate unor activități specifice și sunt prezentate în capitolele relevante din acest Manual.

Figura 6: Etape de evaluare



Sursa: adaptat din OMS și UNHCR (2012).

Evaluarea inițială ar trebui să abordeze trei întrebări principale:

- Care sunt resursele și capacitățile existente la nivelul comunităților (atât a celor afectate, cât și a celor gazdă) pentru a face față adversităților și pentru furnizarea de servicii MHPSS?
- Care sunt cele mai urgente nevoi identificate în mod obiectiv de către personalul și părțile interesate ale proiectului și percepute în mod subiectiv de către populațiile afectate?
- Care sunt cele mai vulnerabile persoane, grupuri și subgrupuri, care au nevoie de MHPSS în comunitatea afectată?

Răspunsurile la aceste întrebări vor ajuta PMT să îndeplinească obiectivele evaluării, enumerate în Caseta 13.

Caseta 13

Principalele obiective ale evaluărilor MHPSS

- Să se informeze cu privire la problemele MHPSS generate de situația de urgență și la modul în care acestea sunt abordate, acordând o atenție specială celor mai vulnerabile persoane;
- Să identifice resursele sociale, culturale și profesionale care există în comunitatea afectată, în vederea abordării problemelor psihosociale și a reactivării încrederii în sine, a rezilienței și a capacității de acțiune;
- Să identifice structurile existente, care ar putea servi ca surse de referință, în special pentru persoanele afectate de tulburări grave de sănătate mintală, neurologică și de consum de substanțe;
- Să identifice și să ofere protecție specială grupurilor excluse sau stigmatizate de către comunitate;
- Să obțină datele de bază în funcție de care pot fi măsurate ulterior strategiile, activitățile, realizările și rezultatele programului.



3.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

3.2.1. Coordonarea evaluării cu ceilalți participanți

Evaluarea și cartografierea ar trebui coordonate cu alte agenții și actori implicați în domeniu. Printre acestea se numără (a) alte agenții implicate în activitățile MHPSS; (b) alți actori umanitari, inclusiv sistemul de grupuri tematice; (c) autoritățile locale; și (d) comunitățile:

- Alte agenții implicate în activități MHPSS într-un anumit context pot fi contactate prin intermediul grupului tehnic MHPSS al IASC de pe teren, dacă acesta există (a se vedea Anexa 1). În măsura în care este posibil, eforturile de evaluare și cartografiere ar trebui să fie coordonate între diferite agenții, pentru a evita suprapunerile și pentru a accentua complementaritatea.
- Vor fi contactați alți actori umanitari, în special în cadrul sistemului de grupuri tematice, pentru a explora dacă o parte din informații au fost sau sunt colectate prin alte evaluări și dacă anumite elemente ale evaluării MHPSS ar putea fi incluse în alte evaluări umanitare în curs. În plus, aceștia pot fi contactați pentru facilitare, coordonare și autorizări. În privința IOM, elementele MHPSS ar putea fi incluse în cartografierea grupurilor tematice de Coordonarea Taberelor și Gestionarea Taberelor și în evaluările Matricei de urmărire a strămutărilor (a se vedea Caseta 14), prin coordonare cu persoanele responsabile.
- Autoritățile locale ar trebui să fie informate în legătură cu planurile și să fie conștiente de ceea ce înseamnă exact o evaluare participativă la nivelul comunității în domeniul MHPSS și de implicațiile acesteia.
- Comunitățile ar trebui implicate, nu numai ca participanți, ci și ca factori de decizie în cadrul evaluării. O modalitate de implicare a comu-

nităților în evaluare constă în înființarea unui comitet comunitar în momentul planificării evaluării.

Numărul membrilor poate fi extins pe parcursul evaluării, în funcție de rezultatele cartografierii, cu sarcina furnizării de contribuții și feedback cu privire la tema și metodologia evaluării (și, ulterior, la analiză și rezultate). Pentru formarea și dinamica unui comitet comunitar, a se vedea capitolul despre **Interacțiunea cu comunitățile**.



Caseta 14

Întrebări MHPSS în Matricea de urmărire a strămutărilor

Doă întrebări legate exclusiv de domeniul MHPSS ar putea fi incluse în protocoalele privind **Matricea de urmărire a strămutărilor**:

- (a) Există psihiatri, psihologi sau medici capabili să trateze persoanele cu tulburări mintale în comunitatea dumneavoastră?
- (b) Există servicii sau persoane cărora se pot adresa membrii comunității dumneavoastră atunci când nu se simt bine, din punct de vedere psihologic? În cazul în care psihologia nu este înțeleasă, pot fi folosite expresii locale sau formula „a nu se simți bine la inimă”.



3.2.2. Colectarea informațiilor existente

O analiză documentară poate fi efectuată de la distanță și în teren, prin căutarea, citirea și analiza studiilor academice și a „literaturii gri”, inclusiv a articolelor științifice, a rapoartelor de teren, a cărților și a materialelor elaborate de agențiile umanitare.

În cazul în care resursele permit acest lucru sau dacă există un parteneriat solid cu facultățile relevante, centrele academice ar putea sprijini analiza documentară, prin mobilizarea studenților și a experților proprii. IOM, sau grupul MHPSS din cadrul IASC, ar identifica o instituție academică relevantă, ar încheia un parteneriat cu aceasta și ar comanda o analiză. O bună practică a acestei abordări a fost observată în Haiti, imediat după cutremurul din 2010, când OMS a comandat Universității McGill o analiză a informațiilor existente în legătură cu conceptele și serviciile de sănătate mintală din această țară, care a fost finalizată la câteva săptămâni după catastrofă.

Pentru metodologia utilizată în astfel de analize, a se vedea următorul **articol**.

Pentru consultarea raportului întocmit de Universitatea McGill despre Haiti, a se vedea **aici**.

Pentru consultarea unui raport similar realizat de IASC după cutremurul din Nepal **a se vedea aici**.

Analiza documentară se referă la informațiile existente despre contextul cultural, social, politic



și religios al comunităților afectate, care sunt relevante pentru o intervenție MHPSS în acest context. Aceasta ajută la obținerea de informații valoroase la începutul programelor și la orientarea evaluărilor și cartografierii ulterioare.

3.2.3. Cartografierea actorilor și a resurselor existente

Cartografierea serviciilor, capacităților și resurselor existente și evaluarea nevoilor reprezintă activități complementare. Concentrarea asupra prezenței sau absenței serviciilor pe care sistemul umanitar le consideră necesare ar putea oferi o idee despre ceea ce este disponibil sau lipsește, însă este posibil să nu clarifice dacă ceea ce este disponibil corespunde cu ceea ce populațiile afectate și membrii comunității percep ca fiind cel mai necesar, riscând să subestimeze percepțiile comunităților asupra propriilor nevoi. Dimpotrivă, o evaluare fără o cartografiere a serviciilor și resurselor ar putea oferi o idee despre ceea ce oamenii percep ca fiind necesar, însă s-ar putea să nu descrie dacă aceste nevoi pot fi satisfăcute cu ajutorul resurselor locale, ceea ce ar putea trece cu vederea capacitatea comunității de a face față și de a răspunde la situație.

3.2.3.1. Cartografierea între agenții

Grupul de referință al IASC în domeniul MHPSS în situații de urgență a elaborat un instrument de cartografiere „4C”, acesta fiind o matrice utilă menită să redea o imagine de ansamblu a răspunsurilor MHPSS existente în cadrul sistemului umanitar. Cartografierea 4C se axează pe „Cine este în Ce loc, Când și Ce face”, pentru a obține o perspectivă asupra furnizării de resurse, capacități și servicii conexe pe cele patru niveluri ale piramidei de intervenție MHPSS a IASC. (IASC, 2012).

Cei 4C ai IASC au fost concepuți în scopul intervenției umanitare. Ca atare, acesta reprezintă un instrument puternic de identificare a lacunelor geografice și tematice, de evitare a duplicărilor și de încurajare a coordonării între actorii umanitari

implicați în domeniul MHPSS. Cu toate acestea, în anumite cazuri, riscă să se concentreze în primul rând pe ceea ce fac sau intenționează să facă agențiile umanitare, pierzând astfel din vedere resursele preexistente la nivelul comunității, care sunt în prezent inactive (dar care ar putea fi reactivate cu ușurință) sau active, dar necunoscute de sistemul umanitar. De asemenea, agențiile care beneficiază de finanțare din partea sistemului umanitar sunt cele mai motivate să participe la astfel de activități de cartografiere, care pot fi necunoscute pentru actorii comunitari care își obțin finanțarea din alte surse sau care își desfășoară activitatea pe baza unor paradigme diferite (servicii guvernamentale preexistente, biserici și resurse tradiționale, grupuri spontane de voluntari, grupuri profesionale și așa mai departe). Prin urmare, este important ca IOM să se implice în totalitate în demersul 4C între agenții, extinzând, în același timp, obiectul cartografierii la resursele comunitare care ar putea fi necunoscute de sistemul umanitar și promovând modalități prin care aceste resurse pot fi incluse și reprezentate în cartografie.

Caseta 15 Resurse

- Câteva indicii despre unde pot fi găsite informații:
- <https://publications.iom.int/> – librărie;
- www.mhpss.net;
- www.reliefweb.org;
- www.who.int/hinari/en;
- www.academia.edu;
- www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx;
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/;
- <https://scholar.google.com/>;
- www.humanitarianresponse.info/;
- www.interventionjournal.org;
- www.migrationhealthresearch.iom.int

La fața locului: Pe teren, pot fi consultate arhivele academice, arhivele de teze ale facultăților relevante, bibliotecile locale, printre altele.



La începutul unei situații de urgență, cartografierea se realizează frecvent printr-o abordare de tip „bulgăre de zăpadă” (un actor va trimite cartograful la un altul, care va trimite cartograful la un al treilea și așa mai departe). Prin urmare, este important să considerăm cartografierea ca pe un exercițiu continuu, care trebuie extins pe tot parcursul ciclului de viață al unui program. În plus, deși în organigramă cartografierea este prezentată ca fiind etapa 3, în practică, aceasta poate fi realizată în același timp cu evaluarea nevoilor sau după evaluarea nevoilor.

Caseta 16

Evaluarea și cartografierea serviciilor specializate pentru persoanele cu tulburări psihice severe

În elaborarea și punerea în aplicare a intervențiilor destinate persoanelor cu tulburări psihice, cartografierea ar trebui să se concentreze pe:

- Sursele „informale” de îngrijire existente, disponibile pentru persoanele cu tulburări psihice grave la nivelul comunității;
- Cunoștințe despre diferitele surse de îngrijire disponibile;
- Atitudini față de diferitele surse de îngrijire;
- Comportamentul persoanelor cu tulburări psihice grave de a solicita asistență medicală;
- Mecanismele de adaptare existente, inclusiv cele sociale, culturale și spirituale, care ar putea fi consolidate în mod util;
- Orice planuri comunitare actuale sau anterioare de abordare a nevoilor persoanelor cu tulburări psihice grave, inclusiv capacitățile, lacunele și solicitările de sprijin suplimentar;
- Persoanele-resursă din diferite subgrupuri ale comunității (de exemplu, grupuri de femei, organizații de tineret, asociații culturale și religioase) care ar putea fi potențial recrutate și instruite pentru a sprijini persoanele cu tulburări mintale grave.

Aceste informații ar trebui să ajute responsabilii MHPSS din cadrul IOM să identifice:

- Servicii de trimitere imediată a persoanelor care au nevoie;
- Serviciile cu care IOM ar trebui să se asocieze, în vederea dezvoltării treptate a capacității acestora de a prelua trimiteri;
- Posibilele obstacole create de percepțiile și de comportamentul persoanelor, familiilor și comunităților afectate în ceea ce privește solicitarea de asistență medicală.

Cu toate acestea, această cartografiere ar trebui să fie întotdeauna însoțită de un control al calității și de respectarea drepturilor omului pentru serviciile cartografiate (a se vedea Capitolul despre **Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave**).





3.2.4. Formularea de obiective

Obiectivele evaluării depind în mare măsură de rezultatele analizei documentare, de mandatul organizațiilor și de posibilitățile efective ale acestora de a interveni în contextul crizei actuale, precum și de discuțiile și contribuțiile primite de la membrii comitetului pentru proiect, în cazul în care acesta a fost deja înființat, sau de la primii lideri comunitari întâlniți pe parcursul procesului. În general, cei identificați în *Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS ale IASC: Notă de îndrumare (IASC, 2019a)*:

O evaluare CB MHPSS ar trebui să identifice problemele de sănătate mintală și psihosociale, precum și resursele și punctele forte sigure și de calitate, inclusiv mecanismele de adaptare individuale, familiale, comunitare, tradiționale, religioase și culturale, mecanismele de asistență socială, acțiunile comunitare și capacitățile guvernelor și ale ONG-urilor.

Este important să se definească dacă scopul principal al evaluării este acela de a susține interesele sau de a planifica o intervenție directă. Un alt factor important este natura programului. În cazul în care programul poate veni în întâmpinarea diferitelor nevoi emergente printr-o abordare flexibilă, obiectivul poate fi mai amplu. În cazul în care domeniul de aplicare al programului este limitat - de exemplu, poate oferi numai servicii clinice de urgență pentru persoanele cu tulburări psihice grave - atunci obiectivul ar trebui să fie restrâns la identificarea problemelor legate de acest subiect. În caz contrar, nu numai că ar fi ineficient, dar ar fi și obositor pentru comunitate, riscând să se ajungă la o stare de plictiseală în ceea ce privește evaluarea și să se creeze așteptări false.

Pentru IOM, în mod obișnuit, prima evaluare MHPSS este mai amplă, având ca scop înțelegerea reacțiilor psihologice ale oamenilor - propria percepție față de cauzele acestor reacții și strategiile de adaptare existente, la nivel individual, familial și comunitar - și înțelegerea de către aceștia a serviciilor necesare.

Pentru agențiile sau misiunile IOM ale căror programe au un obiect restrâns, obiectivul evaluării ar trebui să fie cât mai explicit posibil,

luând în considerare în mod realist cantitatea minimă de informații necesare, calendarul și resursele disponibile (personal, logistică, acces) pentru a se ajunge la rezultatul dorit (**ICRC și IFRC, 2008:25–39**).

3.2.5. Etapa de pregătire

În această etapă, trebuie luate mai multe decizii și întreprinse mai multe acțiuni legate de evaluare. Acestea sunt abordate pe scurt în cele ce urmează.

3.2.5.1. Selectarea metodologiei și a instrumentelor

Metodologia ar trebui să se bazeze pe:

- Obiective;
- Domeniul de aplicare a programului;
- Timpul disponibil;
- Disponibilitatea resurselor financiare;
- Disponibilitatea resurselor umane;
- Logica informațiilor privind intervenția.

În general, metodologia de evaluare influențează gradul în care participanții și, prin urmare, comunitățile își pot exprima liber ideile, acesta fiind un aspect esențial al abordărilor comunitare și participative. Instrumentele existente variază din punctul de vedere al modului în care permit exprimarea și/sau apariția opiniilor participanților. În această privință, trebuie să se facă o diferențiere între cel puțin patru abordări metodologice:

- O abordare nomotetică în funcție de tipuri sau categorii: O abordare nomotetică conduce la o evaluare construită în jurul unor categorii care sunt predefinite. De exemplu, câte persoane se încadrează într-o anumită categorie sau nevoie pe care evaluarea urmărește să o identifice?
- O abordare ideografică, având drept scop înțelegerea semnificației și a percepțiilor fenomenelor culturale sau subiective: Această abordare permite participanților să exprime ceea ce contează cel mai mult pentru ei și apoi plasează aceste informații într-o struc-

tură coerentă. Rezultatele pot fi încadrate în categorii, însă categoriile nu sunt prestabilite. Acestea reies din evaluare.

- O metodologie cantitativă care va avea ca rezultat date privind prevalența, cum ar fi numărul de persoane care au nevoie de un anumit serviciu.

Metodologia calitativă care va avea ca rezultat o înțelegere a problemelor în discuție, o înțelegere a percepțiilor participanților cu privire la diverse aspecte, printre altele.

Listele de verificare și întrebările închise cu răspunsuri binare (da sau nu) reprezintă măsuri cantitative, ce fac parte dintr-o abordare nomotetică. Interveniile semi-structurate cu întrebări deschise, studii de caz, discuții de grup și evaluări bazate pe artă reprezintă toate măsuri calitative, ce fac parte dintr-o abordare ideografică. Cu toate că o abordare calitativă și ideografică ar putea fi considerată a se baza pe comunitate într-o mai mare măsură, în sensul că permite participanților să își exprime mai liber preocupările și să înțeleagă ceea ce este mai accesibil în discursurile lor, aceasta poate furniza date care sunt mai dificil de analizat sau ale căror analize depind mai mult de punctul de vedere al cercetătorului. De asemenea, poate conduce la rezultate care nu sunt strict legate de tipul de program pe care organizația are capacitatea de a-l derula. Tabelul 1 prezintă o serie de informații complementare abordate din perspective metodologice diferite.

O abordare cantitativă, nomotetică, are mai multe șanse de a produce rezultate valabile și precise, însă, de asemenea, se bazează pe categorii de nevoi care s-ar putea să nu fie cele mai importante pentru comunități, înțelegând ceea ce este disponibil în cunoștințele participanților, dar nu neapărat ceea ce este cel mai accesibil și, prin urmare, relevant pentru aceștia, și limitând domeniul de aplicare al evaluării la elemente înguste și prestabilite.

Indiferent de abordarea aleasă, întrebările trebuie să fie limitate pentru a colecta exclusiv informațiile necesare pentru planificarea unui proiect de

succes. Ar trebui să se pună accentul pe calitatea informațiilor, iar nu pe cantitate, pentru a evita expunerea comunităților la evaluări îndelungate și pentru a maximiza resursele.

OMS și UNHCR au elaborat un set de instrumente care include mai multe metode și instrumente de evaluare în domeniul MHPSS, care pot fi utilizate în situații de urgență și care, în cea mai mare parte, sunt cantitative și nomotetice, însă, cu excepții notabile, cum ar fi ultimele trei, instrumentele 10, 11 și 12 (**OMS și UNHCR, 2012:63–77**).

O altă sursă relevantă de proceduri și instrumente utile pentru evaluările MHPSS este *Grupul de Referință IASC Ghid de evaluare a asistenței în domeniul sănătății mintale și a asistenței psihosociale* (IASC, 2013).

Cele două anexe referitoare la evaluările participative sunt relevante pentru obiectivele acestui Manual despre CB MHPSS (ibid.:15–26).

Un compendiu util de instrumente de evaluare, care pot fi utilizate din perspectiva implicării comunității (a se vedea, de asemenea, Capitolul despre Interacțiunea cu comunitățile) este propus de Capire Consulting Group în *Inclusive Community Engagement Toolkit* (**Capire Consulting Group, 2016**).

Figura 7, preluată din *The Engagement Triangle (Triunghiul de implicare)* al Capire Consulting Group (**Capire Consulting Group, 2015**), prezintă diferite instrumente de evaluare care pot fi utilizate în situații de urgență umanitară: interviuri, sondaje de interceptare, vox pop, ședințe de informare, întâlniri, grupuri de discuție, grupuri consultative, juriu formate din cetățeni, discuții la masa din bucătărie, ateliere, vizite în teren și forumuri de deliberare. Aceasta detaliază ce instrumente sunt recomandate sau foarte recomandate pentru fiecare scop de evaluare.



Figura 7: Schema Capire Consulting Group de selectare a instrumentelor pentru fiecare obiectiv de evaluare

<p>○ serie de instrumente și de tehnici au fost cartografiate pe <i>Engagement Triangle (Triunghiul de implicare)</i>, în funcție de scopul în care se dorește implicarea comunității.</p> <p>Aceste instrumente și tehnici nu sunt altceva decât mijloace de a facilita implicarea comunității. Conținutul și modul de realizare trebuie adaptate în funcție de fiecare proiect în parte.</p> <p>Notă: Acest eșantion de instrumente și tehnici sunt preluate din proiectele și experiențele recente ale Capire.</p>	Grup restrâns								Grup mare			
	Față în față											
	Interviuri	Sondaj de interceptare	Vox pop	Ședință de informare	Întâlnire	Grup de discuții	Grup consultativ	Juriu format din cetățeni	Discuție la masa din bucătărie	Atelier	Vizită în teren	Forum de deliberare
1 Pentru luarea deciziilor în cunoștință de cauză	★	✓	✓		✓	★	✓	★		✓		★
2 În primul rând pentru luarea de decizii în cunoștință de cauză și, în al doilea rând, pentru dezvoltarea capacităților	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	★		✓
3 În primul rând, pentru luarea de decizii în cunoștință de cauză și, în al doilea rând, pentru consolidarea relațiilor	✓		★	★	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓
4 Pentru dezvoltarea capacităților				✓							✓	
5 În primul rând pentru dezvoltarea capacităților și, în al doilea rând, pentru luarea deciziilor în cunoștință de cauză	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓
6 În primul rând, pentru dezvoltarea capacităților și, în al doilea rând, pentru dezvoltarea relațiilor				★								
7 Pentru consolidarea relațiilor								✓		✓		
8 În primul rând, pentru consolidarea relațiilor și, în al doilea rând, pentru dezvoltarea capacităților				✓	✓			★		★		
9 În primul rând, pentru consolidarea relațiilor și, în al doilea rând, pentru luarea deciziilor în cunoștință de cauză	✓		✓		★		★	✓		★		✓
10 Pentru luarea deciziilor în cunoștință de cauză, pentru dezvoltarea capacităților și pentru consolidarea relațiilor	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Sursa: adaptată din Capire Consulting Group (2015).

Tabelul 1: Nomotetic/ideografic - Diferențe practice

NOMOTETIC - CANTITATIV	IDEOGRAFIC - CALITATIV
<p>Subiect: Incidența persoanelor care se definesc ca fiind stresate sau foarte stresate, din punct de vedere psihologic, și care consideră că „furia” este sentimentul cel mai recurent în ultimele 2 săptămâni.</p> <p>Întrebare-cheie: Cât de mult v-ați defini ca fiind stresat din punct de vedere psihologic pe o scară de la 1 la 5 și de câte ori ați simțit că furia este cea mai pregnantă emoție în ultimele două săptămâni?</p>	<p>Subiect: Identificarea de către populațiile afectate a principalelor emoții și stări de spirit resimțite în timpul crizei, al călătoriei riscante, al deplasării forțate, al strămutării și al izolării (dacă este cazul).</p> <p>Întrebare-cheie: Puteți descrie sentimentele și emoțiile predominante pe parcursul diferitelor perioade: când a început criza, în timpul deplasării către tabără/centru, acum că v-ați instalat într-un spațiu mai sigur?</p>
<p>Subiect: Lista resurselor de asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială (practicieni, clinici, spitale) disponibile în tabere, centre și comunitățile gazdă.</p> <p>Întrebare-cheie: Cine sunt psihologii și psihiatrii disponibili și la ce puncte medicale vă puteți adresa dacă aveți nevoie de îngrijire medicală?</p>	<p>Subiect: Identificarea de către populațiile afectate a principalilor furnizori de sprijin afectiv, de îngrijire emoțională și spirituală, de servicii medicale și religioase din comunități.</p> <p>Întrebare-cheie: Cui din familie și din vecinătate vă adresați atunci când aveți nevoie de sprijin emoțional, când doriți să vă împărtășiți sentimentele negative și când căutați tratamente medicale?</p>
<p>Subiect: Numărul de persoane care prezintă simptome ușoare până la moderate de depresie legate de situația de strămutare și de migrația clandestină.</p> <p>Întrebare-cheie: Câte persoane din acest serviciu au dezvoltat simptome de depresie (idei, atitudini și comportamente) din cauza crizei, drumului sau deplasării?</p>	<p>Subiect: Descrierea evenimentelor care îi fac pe oamenii care trăiesc în tabere și centre de tranzit să se simtă triști, melancolici, apatici sau lipsiți de speranță.</p> <p>Întrebare-cheie: Vă puteți aminti situații, locuri, persoane sau discursuri care vă fac să vă simțiți rău, trist sau îngrijorat de echilibrul dumneavoastră emoțional în tabără/centru?</p>
<p>Subiect: Numărul de supraviețuitori ai torturii, ai GBV și ai violenței domestice care trăiesc în tabere și în comunitățile gazdă.</p> <p>Întrebare-cheie: Câte persoane din tabără/centru sunt supraviețuitori ai violenței sau supraviețuitori (efectivi și potențiali) ai abuzului în familiile proprii</p>	<p>Subiect: Identificarea, de către populațiile afectate, a factorilor de vulnerabilitate, a comunicării agresive și a codurilor sociale negative care afectează supraviețuitorii, femeile și copiii strămutați.</p> <p>Întrebare-cheie: Care sunt, în opinia dumneavoastră, cele mai jignitoare comportamente, cuvinte și atitudini față de persoanele care au supraviețuit abuzurilor și violenței și care ar putea să le amenințe sentimentul de siguranță și protecție?</p>
<p>Subiect: Numărul de familii care au unul sau mai mulți membri cu dizabilități și care se confruntă cu obstacole în participarea la viața familiei și a comunității.</p> <p>Întrebări-cheie: Câte familii au unul sau mai mulți membri cu dizabilități? Ce obstacole întâmpină membrii cu dizabilități?</p>	<p>Subiect: Descrierea obstacolelor și a factorilor favorizanți cu care se confruntă persoanele cu dizabilități, din punct de vedere al accesului la serviciile de asistență.</p> <p>Întrebări-cheie: Care sunt serviciile de asistență aflate la dispoziția dumneavoastră? Care sunt provocările și factorii favorizanți cu care vă confrunțați în accesarea acestor servicii?</p>
<p>Subiect: Lista celor mai importante ritualuri religioase, sărbători civice și activități familiale organizate de obicei de comunitățile afectate și/sau de subgrupuri ale acestora.</p> <p>Întrebare-cheie: Care sunt cele mai relevante festivaluri religioase și ceremonii publice pentru comunitatea afectată sau pentru anumite subgrupuri/familii?</p>	<p>Subiect: Identificarea, de către populațiile afectate, a practicilor colective și familiale care oferă un sentiment de apartenență și de umanitate persoanelor care au în comun practici culturale precum: credințele spirituale, estetica, artele și meșteșugurile și gătitul.</p> <p>Întrebare-cheie: La ce fel de festivaluri și ritualuri religioase, ceremonii publice sau întâlniri sociale, activități de creație sau treburi casnice vă place cel mai mult să participați și să faceți și de ce?</p>



În situații de urgență, IOM utilizează în general un **set de instrumente pentru Procedura de evaluare rapidă MHPSS** care conține elemente cantitative (sondaje), elemente calitative (interviuri) și observații. Protocolul și metodologia pot fi:



Foarte simple, în cazul evaluărilor care au loc imediat după un eveniment perturbator sau după o strămutare în condiții de resurse insuficiente (**a se vedea, de exemplu, IOM, 2014**).



Mai elaborate, de exemplu în situații de strămutare îndelungată sau în situații în care pot fi identificați interviatori experți (**a se vedea, de exemplu, IOM, 2010c**).

Având în vedere toate acestea, cea mai bună abordare este ca responsabilul MHPSS și echipa acestuia să adapteze metode și instrumente de evaluare specifice contextului, care să aibă în vedere resursele menționate mai sus sau altele, și să le aleagă pe cele care sunt adecvate contextului, care sunt mai mult bazate pe comunitate, care pot fi realizate în timpul și cu resursele disponibile și care sunt relevante pentru domeniul de aplicare și tipul de program pe care agenția îl poate derula efectiv. În plus, instrumentele, în special cele ideografice, pot fi transformate, prin adăugarea sau eliminarea anumitor elemente. De exemplu, fiecare dintre instrumentele din setul de instrumente de evaluare MHPSS al IOM nu trebuie considerat ca fiind final, ci ca o listă de întrebări și elemente care pot fi reduse, extinse sau prioritizate în funcție de necesități. În plus, indiferent de metoda și instrumentele utilizate, acestea ar trebui să fie contextualizate și adaptate la limbile specifice ale participanților, la contextul cultural și la stadiul urgenței. Acesta ar trebui să fie un proces de colaborare între echipa internațională a IOM, echipa națională a IOM implicată în evaluare și comitetul de proiect sau ancorele comunitare identificate în etapa respectivă. O analiză a contextului poate fi planificată pentru o mai bună înțelegere a aspectelor sociale, politice, culturale și economice ale mediului în schimbare în care trăiește populația afectată.

Caseta 17

Evaluarea prevalenței tulburărilor psihice: Precauții

Diferențierea între ceea ce reprezintă o „patologie” anormală și ceea ce reprezintă un răspuns emoțional normal la un eveniment anormal constituie o provocare majoră. Anchetele epidemiologice la scară largă, în special cele care nu au fost validate din punct de vedere cultural, ar putea să nu permită diferențierea între cele două - de exemplu, un somn deficitar poate fi un „simptom” sau un răspuns previzibil la o adversitate sau la un factor de stres. Acest lucru poate însemna că ratele tulburărilor ar putea fi supraestimate atunci când expresiile locale ale reacțiilor de adaptare la stres sunt confundate cu psihopatologia. Orice studiu privind prevalența tulburărilor mintale trebuie să înceapă cu o înțelegere etnografică a experiențelor trăite de oameni și a diferitelor expresii sociale și culturale ale suferinței, pentru a ajunge la descrieri holistice și precise. Printre acestea se numără:

- Cadre culturale pentru tulburările mintale și sistemele de credință asociate;
- Atitudinile comunității față de tulburările mintale și impactul acestora;
- Informații relevante legate de structurile și dinamica socială, culturală, religioasă, economică și politică (de exemplu, aspecte legate de conflicte, diviziuni etnice/de clasă, concentrate pe individ/colectivitate);
- Informații etnografice cu privire la normele și practicile socioculturale relevante;
- Înțelegerea impactului pe care situația de urgență îl are asupra celor de mai sus.

În plus, chestionarele de diagnoză (sănătate mintală) trebuie validate, iar interviurile clinice sunt indicatori mai buni decât listele de verificare și autoevaluările. În realitate, dacă sondajele sunt doar traduse, dar nu și validate și administrate de interviatori care nu sunt profesioniști (în domeniul sănătății mintale), rezultatele ar putea fi înșelătoare. Trebuie remarcat faptul că evaluările nu reprezintă același lucru cu cercetarea epidemiologică, iar colectarea de date privind prevalența tulburărilor psihice este rareori fezabilă sau utilă ca parte a unei evaluări inițiale.

3.2.5.2. Selectarea grupurilor țintă și a persoanelor intervievate

Evaluările participative sunt desfășurate cu diferiți membri ai populației pentru a înțelege nevoile, resursele, capacitățile și propunerile specifice și pentru a testa valabilitatea setului de informații existente.

Setul de instrumente al IOM include pachete specifice de întrebări pentru părțile interesate naționale, părțile interesate internaționale, părțile interesate locale/comunitare și familiile afectate. Alte instrumente din setul de instrumente OMS-UNHCR (OMS și UNHCR, 2012) pot fi destinate doar persoanelor sau grupurilor afectate. Indiferent de situație, participanții pot fi selectați în mod aleatoriu și, în funcție de obiectiv, ar trebui să existe o participare relevantă a bărbaților și femeilor, a persoanelor de diferite vârste, a grupurilor etno-religioase, socioeconomice și culturale, inclusiv a diferitelor grupuri de migranți, dacă este cazul. Pentru ca comunitățile și subgrupurile relevante să fie reprezentate, se poate apela și la eșantionarea direcționată (a se vedea Caseta 18). Întotdeauna este preferabilă o abordare mixtă, care rămâne aleatorie în selectarea participanților, dar care stabilește cote minime și maxime de persoane care urmează să fie intervievate pentru fiecare grup reprezentativ.

Caseta 18

Eșantionarea direcționată

„Eșantionarea direcționată (cunoscută și sub denumirea de eșantionare în funcție de judecată, eșantionare selectivă sau eșantionare subiectivă) reprezintă o tehnică de eșantionare în care cercetătorul se bazează pe propria judecată atunci când alege membrii dintr-o populație care vor participa la studiu... Metoda de eșantionare direcționată se poate dovedi eficientă atunci când doar un număr limitat de persoane pot servi ca surse de date primare din cauza naturii proiectului de cercetare și a scopurilor și obiectivelor. De exemplu, în cazul unei cercetări care analizează efectele unei tragedii personale, cum ar fi decesul unui membru al familiei, asupra performanțelor managerilor de nivel superior, cercetătorul își poate folosi propria judecată pentru a alege managerii de nivel superior care ar putea participa la interviuri aprofundate.”

Definiție preluată de pe site-ul web Research Methodology (Metodologie de cercetare), disponibil [aici](#).



Trebuie să se țină seama de limbă și de cultură. Ar putea fi necesară dezvoltarea unui lexicon de cuvinte, fraze și expresii în funcție de înțelegerea, practicile culturale și sistemele de credință ale populațiilor afectate. De exemplu, atunci când se vorbește despre simțiri fără să se știe că „simțire”

Evaluare MHPSS în Cox's Bazar, Bangladesh. © IOM 2020



Într-o limbă înseamnă doar senzații fizice, există riscul de a judeca greșit informațiile colectate, ceea ce ar putea genera efecte profunde asupra intervenției.

3.2.5.3. Selecția interviuatorilor

Trebuie selectată o echipă care va efectua evaluările. Dimensiunea echipei ar trebui stabilită în funcție de numărul și distanța dintre locații, de eșantionul care urmează să fie interviuat, de locația acestora, precum și de perioada de timp și de bugetul alocat. Următoarele puncte ar trebui avute în vedere pentru identificarea personalului care urmează să realizeze evaluările:

- **Experiență tehnică:** Se va asigura că echipa sau persoanele implicate în evaluare dispun de experiența și competențele adecvate sau cele mai potrivite.
- **Calități personale:** Abilități bune de comunicare, capacitate de a asculta cu simpatie, abilități de bază de raportare.
- **Context:** În mod ideal, echipa de evaluare este formată din membri ai comunității gazdă și ai comunității strămutate sau, cel puțin, din profesioniști familiarizați cu contextul local și cu limba utilizată în zona în care va avea loc evaluarea. Dacă acest lucru nu este posibil, cel puțin un mediator cultural sau un traducător ar trebui să fie prezent la interviuri.
- **Implicarea comunităților:** Se va asigura implicarea și participarea comunităților și includerea membrilor acestora în echipa de evaluare. Informații suplimentare despre selectarea echipei pot fi găsite în **Capitolul Echipe mobile de asistență psihosocială.**

În funcție de context, se poate preconiza că fiecare membru al echipei va realiza între 3 și 4 interviuri individuale sau între 2 și 3 grupuri de discuții pe zi, plus raportarea.

3.2.5.4. Formarea interviuatorilor

Înainte de începerea evaluării, toți interviuatorii vor fi instruiți în:

- Competențe de interviuare și de comunicare;
- Competențe de documentare;
- Competențe analitice și de rezolvare a problemelor;
- Înțelegerea problemelor de sănătate mintală și psihosociale de bază;
- Principii etice, confidențialitate și consimțământ informat;
- Primul ajutor psihologic (PFA) pentru acordarea de asistență persoanelor interviuate, dacă este necesar;
- Administrarea instrumentelor specifice care vor fi utilizate pentru evaluare, inclusiv utilizarea.

Washington Group Questions (Întrebările Grupului de la Washington) pentru dezagregarea datelor în funcție de dizabilitate. A se vedea **Modalitatea de adresare a Washington Group Questions (Întrebărilor Grupului de la Washington).**

În situațiile de urgență, în care protocoalele sunt întocmite în grabă, cursul de formare poate conține un atelier pentru discutarea și transformarea protocoalelor de evaluare în funcție de feedback-ul primit de către cursanți în ceea ce privește adecvarea, lexicul, elementele culturale și, eventual, elementele stigmatizante conținute în protocol. Uneori, anumite elemente vor trebui șterse, deoarece este posibil ca echipa să nu le înțeleagă.

Un element important al formării este supravegherea și sprijinul permanent în timpul colectării datelor (a se vedea capitolul despre **Supraveghere tehnică**). În mod ideal, cursul de formare ar trebui să dureze nu mai puțin de trei și nu mai mult de cinci zile.

3.2.6. Colectarea datelor

Metodologia de desfășurare a unui bun exercițiu de colectare a datelor ar trebui să includă următoarele puncte, atunci când este posibil:

- Citirea analizelor situaționale din cel puțin trei puncte de vedere, inclusiv cele externe și cele privind comunitatea (triangularea informațiilor-

lor), în cadrul interviului cu informatorii-cheie și cu observațiilor directe la fața locului;

- Întâlniri cu lideri comunitari și religioși, părți interesate, profesori, lucrători din domeniul sănătății, discuții de grup cu membrii comunității afectați de tulburări mintale, neurologice și de consum de substanțe, persoane cu dizabilități, membrii familiilor și rudele acestora;
- Utilizarea de diferite exerciții vizuale (fotografii, desene, emoticoane) și interactive (clasamentul participanților, vot, plimbări) pentru a permite, de asemenea, copiilor și persoanelor cu un nivel scăzut de educație formală să contribuie în mod activ;
- Consultări la nivelul comunității, care ar trebui să se desfășoare prin intermediul unor interviuri semi-structurate, care să permită obținerea unei game complete de date calitative;
- Exerciții de cartografiere participativă, menite să identifice serviciile MHPSS existente în scopul trimerii și resursele umane (lucrători din domeniul sănătății, cadre didactice, formatori strămutați), care ar trebui să se desfășoare în această etapă, precum și scheme de rețele sociale, care ar trebui

întocmite în taberele, centrele de tranzit și cartierele care găzduiesc persoane strămutate intern, refugiați și migranți;

Este important ca participanții la discuții și liderii să fie informați cu privire la faptul că colectarea datelor face parte dintr-un exercițiu de învățare și ar putea fi repetată în etape ulterioare.

Colectarea datelor va varia în funcție de metodologia adoptată. Este important de luat în considerare faptul că colectarea datelor se va realiza în primul rând cu respectarea principiilor etice și a standardelor de participare bazate pe *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007:8)*. În acest sens, este obligatoriu să se asigure că colectarea datelor va fi confidențială, va garanta anonimatul și se va baza pe participarea voluntară și pe consimțământul informat. Aceasta va fi condensată într-o perioadă scurtă de timp, având în vedere volatilitatea ridicată a mediului unei situații de urgență și pentru a furniza în timp util informații pentru programare.

Intervievatorii vor fi de obicei împărțiți pe sectoare de tabără sau pe cartiere, iar fiecare echipă va fi formată din persoane de sexe diferite, permițând participanților să aleagă sexul evaluatorului.



Evaluare clinică, centrul IDP, Sana'a, Yemen. @ IOM 2014



Dacă este necesar, ar trebui să se asigure servicii de interpretare și mediere culturală.

Având în vedere faptul că participanții pot avea nevoi contradictorii, ar trebui evitate interviurile de lungă durată. În anumite contexte, este preferabil să se organizeze mai multe sesiuni de interviuri, mai degrabă decât un singur interviu foarte lung.

În special în cazul în care o evaluare include componente clinice, ar trebui stabilit un sistem de referință înainte de desfășurarea evaluării.

În plus, colectarea datelor ar trebui să fie sensibilă la conflicte și să limiteze pe cât posibil perturbarea structurii comunității, care ar putea rezulta din modalitățile de colectare a datelor. Aceste modalități sunt cel mai bine evaluate și analizate împreună cu comitetul de proiect și echipa de proiect, precum și cu responsabilii de tabără și alte autorități locale.

Punctele-cheie care trebuie luate în considerare în cadrul abordărilor la nivelul comunității includ:

- Sensibilitate culturală, diversitate de gen și inclusivitate: De exemplu, o discuție despre violența sexuală cu o femeie într-un grup mixt poate duce la pedepsirea sau excluderea ulterioară a femeilor. La un alt nivel, dacă instrumentul se adresează familiilor ca grup, este posibil ca bărbatul care este capul familiei să aibă un rol important, iar grupurile de discuții cu femeile și persoanele mai tinere pot deveni necesare pentru a echilibra informațiile.
- Relațiile de putere: Persoanele cu putere pot exercita control asupra a ceea ce se spune în public sau participanții pot practica autocenzura în prezența acestora.
- Toți actorii implicați în evaluare păstrează un anumit grad de cunoștințe preconcepute, ceea ce ar putea marginaliza opiniile alternative ale unui anumit grup. Prin urmare, ar trebui menținută o atenție constantă la stigmatizarea și prejudecățile legate de anumite grupuri și în cadrul acestora, inclusiv în cadrul comunității umanitare.

- Un grup de discuții nu este întotdeauna reprezentativ pentru nevoile cele mai stricte ale populației afectate în ansamblu, deoarece anumite persoane ar putea monopoliza discuțiile din cadrul grupului tematic, în special în ceea ce privește subiectele sensibile. S-ar putea dovedi utilă scoaterea acelei persoane din dinamica de grup și continuarea cu un interviu individual, deoarece aceasta are informații și opinii foarte clare.

Caseta 19

Structura de putere

În cadrul unei abordări la nivelul comunității, recunoașterea rolului pe care structurile de putere îl joacă într-o comunitate este vitală, astfel încât ar trebui promovate interviurile paralele sau grupurile de discuții cu indivizi sau grupuri mici, deoarece poate fi nepotrivit să se vorbească despre anumite aspecte într-un grup mai mare. Este esențială asigurarea unui spațiu în care oamenii să poată vorbi deschis. Împărțirea grupurilor în funcție de sex și vârstă poate fi utilă pentru evaluare, dar luarea în considerare a dinamicii sociale, religioase și culturale a contextului specific al situației de urgență asigură faptul că toate vocile sunt auzite și că toată lumea își poate identifica propriile nevoi, probleme și resurse, ceea ce poate duce la rezultate mai cuprinzătoare, ca în acest exemplu:

Întrebați-i pe tinerii bărbați care consideră că este cea mai importantă problemă pentru femeile din comunitatea lor. Femeile se află, în același timp, într-un grup mic și discută despre ceea ce este important pentru ele. Când toată lumea se adună din nou împreună, bărbații au ocazia de a împărtăși cu grupul gândurile lor despre ceea ce femeile consideră important în acest moment și în această perioadă din viața lor. De obicei, nu reușesc să găsească răspunsul corect, ceea ce stârnește multe râsete. Rolurile sunt apoi inversate, astfel încât toată lumea are șansa de a greși și de a râde, astfel încât să simțim că râdem cu oamenii și nu de ei (Sliep, 2009:16).

Un astfel de exercițiu de reflecție ar trebui realizat numai la începutul unei întâlniri și de către lucrătorii care au experiență. Această metodă poate fi complet nepotrivită sau inefficientă în comunitățile în care femeilor nu le este permis sau nu sunt obișnuite să judece **bărbații**.



3.2.7. Analiza datelor și discuții cu părțile interesate relevante

Procedurile de analiză a datelor vor depinde, de asemenea, în mare măsură de metodologia adoptată în vederea implicării comunităților și a colectării informațiilor. Instrumentele ideografice și calitative sunt de obicei mai dificil de citit decât instrumentele cantitative nomotetice. Procedurile prin care vor fi analizate datele și capacitatea necesară ar trebui să fie luate în considerare încă de la începutul elaborării evaluării (a se vedea figura 8).

Figura 8: Analiza datelor

Analiza datelor unui instrument nomotetic cantitativ:	Analiza rețelelor sociale, analiza grupurilor tematice, analiza tendințelor, analiza statistică descriptivă, analiza incidenței și prevalenței, analiza regresiiilor și a corelațiilor.
Analiza datelor unui instrument ideografic calitativ:	Analiza discursului, analiza narativă, analiza de conținut, analiza fundamentată (teme, categorii și coduri), analiza cadrului.
Analiza datelor unui instrument de metodă mixtă:	Analiză complementară, analiză comparativă, analiză de context, analiză inferențială.

Analiza preliminară și constatările grupate ar trebui împărtășite și discutate cu reprezentanții comunității, în măsura în care este posibil și folosind reprezentări vizuale, cum ar fi grafice, diagrame, desene și imagini. Aceste întâlniri pot include:

- Echipa de evaluare, care include experți sau activiști din comunitățile afectate;
- Comitetul de proiect sau părțile interesate relevante (inclusiv cel puțin persoanele care au fost intervievate);
- Liderii locali și reprezentanții populațiilor afectate, inclusiv reprezentanți ai categoriilor celor mai vulnerabile.

Astfel, se asigură că interpretările sunt în concordanță cu percepțiile comunității și sunt evitate neînțelegerile. Acest proces analitic din perspectiva implicării comunității urmărește, de asemenea, să identifice resursele locale care urmează să fie mobilizate în timpul etapei de implementare și a exercițiilor de monitorizare și evaluare.

În evaluările rapide ale IOM în domeniul MHPSS, rezultatele sunt prezentate pe baza grilei sistemice privind rezultatul consecințelor a lui Renos Papadopoulos. A se vedea [aici](#).

Pentru contextualizare, consultați studiul complet [aici](#). Pentru un studiu mai recent, care utilizează un model similar, dar simplificat, a se vedea o evaluare MHPSS realizată în Sudanul de Sud în anul 2014, [aici](#).



3.2.8. Discuții și diseminare

Constatările și analiza datelor trebuie discutate cu toți cei implicați: Reprezentanți ai ONG-urilor, guvernului, comunității și sub-comunităților. După această discuție, constatările și analiza datelor ar trebui să clarifice nevoile și resursele disponibile și să furnizeze recomandări programatice concrete, inclusiv o evaluare a obstacolelor, a percepțiilor greșite sau a oricăror probleme de credibilitate legate de evaluare. Constatările (de exemplu, raportul, rezumatul și/sau prezentarea) ar trebui comunicate în limba locală și în moduri adecvate din punct de vedere cultural, ori de câte ori este posibil. În sensul

prezentului Manual, constatările și recomandările evaluării trebuie transmise sistemului IASC, în special dacă există recomandări pentru ca alte sectoare să integreze MHPSS, precum și partenerilor academici și prin intermediul persoanelor care au fost identificate ca fiind lideri comunitari și membri ai comitetului de proiect. Liderii comunitari și membrii comitetului de proiect pot descrie constatările și recomandările pentru comunitățile și subgrupurile lor specifice în perspectiva (re)activării resurselor individuale și colective, reducând riscul de „neajutorare învățată” generat de ansamblul de probleme constatate în urma evaluării.

➔ 3.3. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Există multiple provocări asociate cu etapa de evaluare în situații de urgență:

- Accesul în zonele îndepărtate, puternic afectate de situația de urgență, poate fi problematic, asigurându-se că toate subgrupurile comunității (statut social, etno-religios, politic) sunt reprezentate în echipa de evaluare, precum și în populațiile intervievate (inclusiv persoanele în vârstă, femeile, bărbații, tinerii, copiii și persoanele cu probleme psihice și/sau dizabilități).
- Implicarea comunității și colaborarea cu partenerii pot contribui la ameliorarea acestei preocupări.
- Evaluările pot crea așteptări false în rândul membrilor comunităților. Este important ca aceștia să fie informați în prealabil în legătură cu obiectivele evaluării și să existe sinceritate în privința obiectivelor.
- Formarea persoanelor din comunitate pentru a asigura o colectare de date de înaltă calitate, sigură, sensibilă din punct de vedere cultural și etică poate fi o provocare, având în vedere că există și limite de timp.
- Analiza datelor este de multe ori dificilă, din cauza lipsei de expertiză statistică în cadrul echipelor MHPSS. Este importantă alegerea obiectivelor de evaluare, precum și a metodologiei pe baza capacității de analiză existente; în caz contrar, multe eforturi vor fi anulate de imposibilitatea efectuării unei analize semnificative a datelor colectate.
- Colectarea de date sensibile, cum ar fi încălcările drepturilor omului, poate constitui o provocare și trebuie să se asigure că datele colectate sunt confidențiale (**UNFPA, 2014**).
- Instrumentele au limitări, astfel cum sunt descrise pe parcursul întregului capitol.



Printre motivele pentru care nu se poate realiza o evaluare se numără următoarele:

- În cazul în care realizarea unei evaluări a nevoilor poate pune în pericol sau poate cauza prejudicii persoanelor care colectează datele și celor intervievate;
- Atunci când o populație se simte supraevaluată și poate fi ostilă la evaluări suplimentare ale nevoilor.



Tabelul 2: Ce trebuie făcut și ce nu trebuie făcut

Ce trebuie făcut	Ce nu trebuie făcut
Respectați principiile etice și luați în considerare a problemelor de protecție	Nu faceți rău
Colectați numai informații care vor fi folosite pentru elaborarea intervențiilor	Nu colectați informații care nu vor influența deciziile legate de program
Coordonați evaluările cu toate părțile interesate relevante	Nu colectați informații fără a implica alte persoane
Inclueți comunitățile afectate în procesul de proiectare, analiză și luare a deciziilor.	Nu neglijați perspectivele persoanelor afectate de criza umanitară
Evaluați problemele și resursele	Nu vă concentrați numai asupra problemelor
Asigurați-vă că instrumentele de evaluare sunt adecvate din punct de vedere cultural	Nu folosiți orbește metodele de evaluare între diferite culturi
Adaptați fiecare evaluare la situația și la etapa specifică a crizei	Nu aplicați un pachet de evaluare standardizat
Verificați în prealabil ce este deja cunoscut în domeniu	Nu începeți imediat colectarea de noi informații
Inclueți diferite secțiuni, grupe de vârstă, sexe, grupuri etnice și religioase	Nu uitați de grupurile „tăcute”
Fiți atenți la conflicte și tensiuni	Nu puneți oamenii în pericol prin întrebările pe care le puneți
Asigurați-vă că echipele de evaluare sunt instruite și cunosc bine contextul local, că sunt echilibrate din punct de vedere al genului și că includ membri ai populațiilor	
Asigurați-vă că evaluarea este oportună și adaptată la etapa în care se află criza umanitară	

Sursa: Bazat pe Ventevogel și Schininà (2009).

Grupul Tematic al IASC cu privire la Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS a organizat un schimb de opinii online în care au fost dezbătute provocările în materie de analiză, monitorizare și evaluare, iar un material video poate fi găsit [aici](#).



LECTURI SUPLIMENTARE

International Medical Corps (IMC)

2016 *Rapid Mental Health and Psychosocial Support Assessment: Needs, Services, and Recommendations for Support to Individuals Affected by the Mosul Emergency.* IMC, Erbil, Iraq.



2017 *Ethnographic Assessment of Psychosocial Needs of Children at Vasilika Camp.* IMC, Athens.



International Organization for Migration (IOM)

2011 *Who am I? Assessment of Psychosocial Needs and Suicide Risk Factors Among Bhutanese Refugees in Nepal and After the Third Country Resettlement.* IOM, Kathmandu, Nepal.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



4. ECHIPE MOBILE DE ASISTENȚĂ PSIHOSOCIALĂ





4.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Programele CB MHPSS ale IOM în perioada care urmează unei situații de urgență utilizează de obicei o abordare standardizată: echipele mobile de asistență psihosocială (PMT). PMT-urile sunt echipe multidisciplinare de asistență psihosocială care oferă servicii nu în cadrul unei instituții, ci în cadrul comunității, motiv pentru care sunt denumite mobile. Aceștia au fost angajați de IOM pentru a răspunde nevoilor de servicii MHPSS ale populațiilor strămutate în numeroase situații de urgență de-a lungul a două decenii, inclusiv în Ciad, Haiti, Liban, Libia, Nepal, Nigeria, Serbia, Sudanul de Sud, Sri Lanka, Kosovo² și numeroase alte locuri. Deși numeroase elemente ale activității echipelor depind de dimensiunea, calitatea, caracteristicile, contextul cultural și capacitățile MHPSS existente în fiecare situație de urgență, au fost identificate o serie de standarde comune și de proceduri recomandate.

Principalele puncte forte ale PMT-urilor s-au dovedit a fi:

- Alcătuirea multidisciplinară a acestora: Expertiza combinată a unei serii de membri ai echipei este utilizată pentru a oferi îngrijire cuprinzătoare la nivelul comunității persoanelor, familiilor și grupurilor (IOM, 2016).
- Abordarea participativă a acestora: Echipele includ membri ai comunităților în cauză cu diferite tipuri de pregătire educațională, competențe culturale și aptitudini profesionale.
- Acestea permit o programare flexibilă (locații, reacții, calendar), ceea ce reprezintă un factor esențial în gestionarea situațiilor de urgență.
- Natura mobilă a acestora permite accesul și apropierea de comunități în timp și în etapele strămutării.
- Acestea fac ca serviciile să fie mai accesibile femeilor, persoanelor cu handicap, persoanelor în vârstă, familiilor numeroase și altor

persoane care se pot confrunta cu limitări în timpul deplasării spre centre.

Acest capitol al Manualului ilustrează procesul de stabilire și menținere a unei echipe PMT, mai mult în termeni de muncă în echipă decât de sarcini. Activitățile și serviciile efective furnizate de echipe sunt de fapt descrise în părțile următoare ale Manualului. Acest capitol ilustrează în principal experiențele PMT ale IOM, dar principiile generale și metodele de recrutare pot fi aplicate oricărei echipe MHPSS.

4.1.1 Alcătuirea PMT-urilor ale IOM și activitatea membrilor echipei

Fiecare PMT este alcătuit din până la șase membri ai echipei cu următoarele specializări/roluri:

- Un lider de echipă, care coordonează activitățile echipelor, face legătura între necesitățile echipelor și cele ale conducerii proiectului, identifică lacunele în materie de formare, sprijină echipele în conceperea activităților în funcție de nevoile evaluate și se ocupă de monitorizarea la nivel de rezultate (a se vedea capitolul despre **Monitorizare și evaluare**) și de raportare: Dacă sunt instruiți corespunzător, liderii de echipă pot acționa, de asemenea, ca supraveghetori pentru echipe (a se vedea capitolul despre **Supraveghere tehnică**).
- Un membru însărcinat cu participarea directă sau cu organizarea furnizării de consiliere și asistență psihologică individuală și de grup: În mod ideal, acest membru al echipei ar trebui să fie psiholog sau consilier clinic sau de consultanță. În situațiile în care acest profil nu este disponibil, funcțiile pot fi îndeplinite de un asistent social, sau de un consilier sanitar, un consilier pastoral, o moașă sau o resursă tradițională, care vor fi supravegheați și instruiți pentru **obiectivul** activităților echipei.



2 1 Referințele la Kosovo vor fi interpretate în contextul Rezoluției 1244 a Consiliului de Securitate al Organizației Națiunilor Unite. (1999).



- Un membru însărcinat cu asistența socială, inclusiv cu trimiterea la servicii suplimentare și la organizații de asistență socială, precum și cu medierea familială și managementul de caz: În mod ideal, acesta va fi un asistent social. În cazul în care nu sunt disponibili asistenți sociali, această funcție poate fi îndeplinită de un consilier sau de un activist social, iar **formarea și supravegherea vor fi adaptate în consecință.**
- Un membru însărcinat cu organizarea de sesiuni de sensibilizare, sesiuni de educație psihologică, sesiuni de conștientizare și activități educative informale pentru comunitate: Acest profesionist va fi un pedagog sau un formator.
- Un membru însărcinat cu organizarea și promovarea activităților culturale, de socializare, sportive și recreative, atât în ceea ce privește activitățile structurate pe care le facilitează în mod direct, cât și mobilizarea, sprijinirea, încadrarea și introducerea în rețea a activităților deja existente: Acest profesionist va fi, de obicei, un artist, un antropolog, un antrenor sportiv sau un mobilizator cultural și social (activist, jurnalist, animator), care este numit artist-animator.
- Un mobilizator comunitar, care înțelege foarte bine comunitatea și ajută la mobilizarea diferitelor sectoare ale acesteia: Acesta poate face parte fie din echipa de bază, fie poate fi o persoană care acționează ca referent comunitar pentru echipe. Referentul comunitar diferă de mobilizator deoarece funcția acestuia este în principal una de suport și nu necesită un angajament cu normă întreagă. În plus, referentul nu este

mobil, ci este legat de un anumit sector al taberei sau de un anumit cartier.

Printre ceilalți membri ai echipei se numără:

- Un membru însărcinat cu medierea conflictelor la scară mică (a se vedea capitolul despre **Integrarea MHPSS în transformarea și medierea conflictelor**).
- Un lucrător în domeniul sănătății (de obicei o asistentă medicală) în cazul în care nimeni altcineva nu acordă servicii medicale și doar pentru timpul necesar acoperirii golului.

A se vedea termenii de referință relevanți **aici**.



Caseta 20 Selectarea echipelor PMT

În anumite contexte, este posibil ca unul sau mai multe dintre aceste profiluri să nu existe sau să nu fie reprezentate în locurile de strămutare. În aceste situații, pe baza cartografierii capacităților, echipele sunt selectate dintre profesioniștii sau activiștii cei mai compatibili. Prin urmare, frecvența și amplitudinea supravegherii, precum și formarea, sunt strict legate de capacitățile existente în cadrul echipelor, de natura nevoilor la care răspunde echipa și de tipul/contextul situației de urgență (a se vedea capitolele despre **Formare și supraveghere tehnică**).



Echipele PMT își încep interacțiunea cu comunitățile prin evaluarea nevoilor unor locații și/sau grupuri specifice, pe baza instrumentelor de evaluare și cartografiere ale IOM și ale altor instrumente de evaluare și cartografiere (a se



vedea capitolul 3 despre Evaluare și cartografiere). Acestea asigură apoi asistență psihosocială în baza abordării pe mai multe niveluri recomandate de piramida de **intervenție** MHPSS, care cuprinde primul nivel (servicii de bază și siguranță, în principal în ceea ce privește informarea, coordonarea pe teren, promovarea intereselor și orientarea către servicii); al doilea nivel (sprijin comunitar și familial); și al treilea nivel (servicii focalizate), stabilind trimeri către echipele responsabile cu orientarea și **urmărirea** clinică sau către serviciile sau agențiile care oferă asistență clinică pentru persoanele cu tulburări mintale. A se vedea **caseta 22**.

Abordarea acestora cuprinde două aspecte. De cele mai multe ori, echipele mobile acordă asistență prin:

- Furnizarea directă de servicii și activități și
- Mobilizarea și sprijinirea resurselor la nivelul comunității.

În general, fiecare membru al echipei are o funcție proprie, însă cu toții colaborează la evaluarea nevoilor și la elaborarea intervențiilor. Aceștia își trimit clienții (indivizi și grupuri) unii altora, iar atunci când consideră că sprijinul lor intern nu este suficient, solicită ajutor și supraveghere din partea experților internaționali sau naționali de rang superior din cadrul programului (responsabil și supraveghetor).

Fiecare dintre aceștia este în măsură să acorde primul ajutor psihologic (**PFA**).

Pedagogii elaborează și diseminează mesaje legate de promovarea bunăstării psihosociale și a sănătății. Aceștia furnizează sau organizează furnizarea de educație informală pentru copii și adolescenți și organizează spații sigure și spații adaptate copiilor. În plus, aceștia organizează cursuri de educație non-formală pentru adulți și sprijină activitățile educaționale și de sensibilizare organizate de alți membri ai echipelor.

Asistenții sociali se ocupă de cazurile sociale vulnerabile și fac trimeri către furnizorii de

servicii care au fost în prealabil cartografiate și mobilizate. Mai mult decât atât, aceștia sprijină întinerirea rețelelor de asistență și siguranță comunitară și participă la medierile familiale.

Artistul sau animatorii comunitari implică comunitățile în unele dintre activitățile lor tradiționale, culturale și religioase, care le ajută să își mențină un sentiment de identitate. Aceasta include ateliere tradiționale de artă și meșteșuguri care sunt folosite ca activități generatoare de venit, precum și ca formă de asistență psihosocială (Babcock et al., 2016).

Aceștia pot, de asemenea, organiza și propune activități culturale și artistice specifice structurate sub formă de ateliere și/sau evenimente care promovează exprimarea prin mijloace artistice, fie direct, fie prin mobilizarea resurselor creative existente.

Consilierii din echipă oferă consiliere (laică) individuală sau de grup persoanelor pe care le identifică în mod direct, care solicită asistență sau care sunt îndrumate de alți membri ai echipelor și instruesc alte persoane-cheie din comunitate în legătură cu consilierea în **sisteme** de tip *buddy-to-buddy* (între prieteni) și **PFA**.

Mediatorii de conflicte intervin pentru a media conflictele familiale și comunitare la scară mică, în timp ce asistentele medicale sau alți profesioniști din domeniul sănătății se ocupă de îndrumarea către serviciile de sănătate și îi ajută pe pedagogi să elaboreze cursuri de conștientizare în domeniul sănătății.

Mobilizatorul comunitar sau referentul comunitar sprijină echipa, comunicându-i zilnic informații relevante despre situația socială și de securitate din tabere, asigurând legătura cu autoritățile și actorii locali și ținând comunitatea la curent și reamintindu-i de activitățile echipelor.

Particularitățile tuturor sectoarelor în care sunt implicate echipele sunt explicate mai detaliat în capitolele următoare.

Caseta 21

Parteneri locali

În anumite contexte, este posibil ca IOM să nu poată recruta direct persoane pentru înființarea unei echipe mobile sau să existe deja structuri comunitare multifuncționale similare. În aceste situații, responsabilul ar trebui să lucreze prin intermediul partenerilor locali identificați. O analiză cartografică (a se vedea capitolul despre **Evaluare și cartografiere**) ajută la identificarea părților interesate locale și a resurselor disponibile, iar IOM va furniza programe complementare, cum ar fi cursuri de formare, supraveghere tehnică și alte inițiative de dezvoltare a capacităților (a se vedea capitolul despre **Supraveghere tehnică și formare**).

- **Conflicte și sensibilitate la conflicte;**

- Conceptele și nevoile MHPSS.

În mod ideal, după adoptarea termenilor de referință, diferitele posturi vor fi anunțate prin intermediul ministerelor, al autorităților locale, al facultăților relevante ale universităților locale, al grupurilor de interese, al organizațiilor profesionale și al societății civile, al site-urilor web și al rețelelor sociale. Apoi, echipele PMT vor fi alcătuite având în vedere competențele lingvistice, expertiza, referințele, etnia, naționalitatea, echilibrul de gen și pregătirea educațională și, în mod ideal, un echilibru între membrii atât din comunitatea gazdă, cât și din cea a migranților strămutați, cu mențiunea că acest lucru nu este întotdeauna posibil din cauza impedimentelor birocratice, a permiselor de muncă și a altor obstacole.

Ținând cont de legătura fundamentală dintre urgență și dezvoltare, de faptul că resursele profesionale sunt adeseori limitate în situațiile de urgență și de faptul că echipele PMT sunt supuse unei ample supravegheri și monitorizări, membrii echipelor pot fi, de asemenea, numiți din rândul personalului facultăților de la universități, al ministerelor și al grupurilor profesionale și al societății civile existente.

Aceste angajamente pot lua forma unor detașări, a unor activități de voluntariat suplimentare sau a unor angajamente cu fracțiune de normă, prin încheierea unui acord cu angajatorii respectivi. Acest lucru va permite instituțiilor în cauză, universităților și organizațiilor societății civile să dobândească cunoștințe și personal calificat pe termen lung, asigurând durabilitatea. Pe lângă echipa de bază, alți membri pot fi atașați echipelor și pot fi incluși în cursuri de formare în funcție de nevoile identificate sau pentru perioade de timp stabilite, având în vedere un obiectiv de dezvoltare a capacităților. Începerea programului prin acțiuni de susținere a intereselor și sensibilizare poate oferi șanse mai mari de succes. Comunitatea ar trebui informată în legătură cu rolurile și funcțiile echipelor înainte de începerea activităților MHPSS pentru a fi mai bine acceptate.

→ 4.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPS

4.2.1 Cum sunt selectați membrii echipei PMT

IOM, ca orice altă agenție, are în vedere un set de practici bine stabilite, de la recrutare la reparțizare, care vor trebui respectate din punct de vedere administrativ în aceste cazuri. Acest capitol nu se ocupă de procedurile administrative și de tipurile de contracte, ci de obiectul general al selecției. Echipele PMT, în IOM și în alte agenții, sunt alcătuite prin mobilizarea activă a comunităților, pentru a ajunge la persoanele din tabere, centre de tranzit și din zonele urbane și rurale. Prin urmare, modul în care sunt selectate echipele devine de importanță majoră. Aplicarea unei abordări bazate pe comunitate pentru selectarea și alcătuirea echipelor necesită o bună înțelegere și implicare a:

- Comunităților și subgrupurilor și a **dinamicii** acestora;
- Contextelor economice, sociale și politice și actorilor acestora (părți interesate, lideri, persoane influente);

Caseta 22

Îngrijirea persoanelor cu tulburări psihice grave

Echipele PMT nu se ocupă în mod direct de asistența clinică pentru persoanele cu tulburări psihice grave. De obicei, activitatea acestora este completată de echipe de trimitere mai mici, formate din consilieri din domeniul sănătății și, atunci când este posibil, de asistenți psihiatrici. Aceștia primesc, de obicei, sesizări din partea echipelor PMT și a altor actori, după semnarea consimțământului în cunoștință de cauză, și organizează, după consultarea cu responsabilul sau cu supraveghetorul, programarea și transportul persoanei aflate în dificultate la cea mai apropiată unitate de asistență în domeniul sănătății mintale sau de îngrijire medicală; se ocupă de educația psihologică și de sprijinirea familiei; și acordă îngrijire ulterioară, inclusiv asigurarea respectării rețetei și includerea clienților și a familiilor acestora în activitățile promovate de echipele PMT. Pentru mai multe informații, a se vedea capitolul despre **Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave**.

4.2.2. Cum sunt formate și supravegheate echipele PMT

Supervizarea și formarea echipelor PMT sunt esențiale, iar acestea beneficiază de formare continuă prin diferite modalități:

- Instruire introductivă înainte de mobilizare, care include subiecte de bază din domeniul MHPSS: Aceasta include o introducere în Orientările IASC, MHPSS la nivelul comunității, PFA, abilități de comunicare, considerații de ordin etic, autoîngrijire și alte subiecte relevante.
- Sesiuni lunare de formare, care abordează subiecte cu un grad mai mare de specializare: Supraveghetorul și responsabilul decid cu privire la subiectele care vor fi prezentate, în funcție de nevoile emergente identificate în domeniu: de exemplu, sprijin între egali, management de caz, consiliere, **GBV**, activitatea cu copiii, activitatea cu persoanele cu dizabilități, intervențiile pe bază de artă, medierea conflictelor, precum și subiectele capitolelor din acest Manual.
- Formare la locul de muncă și supraveghere: Membrii echipei beneficiază de formare la locul de muncă și de supraveghere prin întâlniri periodice sau vizite pe teren. Responsabilul și supraveghetorul pot, de asemenea, organiza cursuri de formare la locul de muncă furnizate de experți externi, în funcție de nevoile specifice de formare identificate.

Modulele de formare inițială și de formare de bază trebuie standardizate și instituționalizate pe cât posibil. Pentru mai multe informații, a se vedea capitolul despre **Instruire**.

4.2.3. Rolul centrelor ca ancoră pentru activitatea echipelor

Centrele sunt structuri temporare gestionate de echipele PMT, care pot varia ca formă și dimensiune în funcție de necesități, dar sunt de obicei construite cu aceleași materiale folosite pentru celelalte unități din tabere sau din centrul de strămutare (corturi, rulote, prefabricate, structuri de umbră), sau sunt amenajate în camere sau

Caseta 23

Implicarea mediului universitar

Un exemplu de implicare a studenților universitari provine din Haiti după cutremur, unde întreaga infrastructură a universității a fost distrusă, iar studenții din anul al patrulea de psihologie au reușit să își finalizeze ultimul an, oferind sprijin echipei PMT a IOM și implicându-se în cursurile de formare și în sesiunile de supraveghere ale acestora, fiind recunoscute de către universitate ca parte a curriculei pentru anul respectiv. Acest lucru a adus unei întregi generații de studenți la psihologie experiența de a fi expuși la furnizarea practică a asistenței psihosociale după un dezastru și a ajutat universitatea să își adapteze curricula de psihologie pe baza cursurilor de formare pe care le-au urmat.



Mobilizarea comunității în zonele pentru persoanele strămutate intern (IDP). Echipe mobile de asistență psihosocială, Etiopia. © IOM 2018

apartamente existente în cartiere. În mod ideal, acestea cuprind un mic birou pentru administrare și consiliere, o sală mare pentru evenimente mai mari și două săli pentru ateliere și cursuri, dintre care una poate fi folosită și pentru consiliere. Centrele sunt mai bine situate în apropierea școlilor și a terenurilor de sport, dacă sunt disponibile, sau pot include:

- Locuri de joacă pentru copii (de asemenea, pentru a sprijini îngrijitorii să participe la cursuri și sesiuni psihosociale);
- Terenuri de volei/mini-fotbal pentru facilitarea activităților sportive pentru tineri, în special pentru fete, în spații sigure și protejate.

Acestea ar trebui să fie spații sigure și protejate (alegeți locația și eventualele măsuri de protecție în coordonare cu unitatea de siguranță) și în apropierea latrinelor pentru bărbați și femei, a punctelor de apă sau a instalațiilor de spălare a mâinilor.

Structurile centrelor sunt, de obicei, decorate în interior și, dacă este cazul, în exterior, pentru a crea o atmosferă primitoare pentru populațiile afectate. Echipele PMT sunt mobile prin definiție, în sensul că acoperă diferite tabere și cartiere și se adaptează la deplasările populațiilor pe care le deservesc, cu scopul de a asigura continuitatea intervenției. Cu toate acestea, în unele situații, s-a dovedit utilă înființarea acestor centre în diferite secțiuni ale taberelor, ale centrelor de tranzit sau ale centrelor comunitare, în cartierele gazdă care pot fi folosite de echipe pentru organizarea și desfășurarea activităților.

Centrele pot fi folosite pentru găzduirea activităților organizate de echipe, dar și a activităților

organizate de membrii comunităților mobilizate de echipe, inclusiv întâlniri, ateliere, cursuri și evenimente. Activitățile ar trebui să urmeze întotdeauna un program (zilnic, săptămânal) și ar trebui să fie comunicate în mod corespunzător prin panouri și anunțuri vizuale/verbale (pentru persoanele care nu știu să citească). Programul va fi stabilit de liderul echipei, iar activitățile zilnice ale centrului ar putea fi incluse în funcțiile de mobilizator comunitar, după caz.

Centrele de tip hub nu sunt centre pe termen lung, ci spații temporare care ajută la partea logistică a activității desfășurate de echipe și asigură spații adecvate pentru activități care necesită o mai mare confidențialitate (consiliere, discuții de grup pe subiecte sensibile), precum și pentru ritualizarea activității desfășurate prin atașarea acestora la un spațiu fizic. Cu toate acestea, activitatea echipei rămâne extrem de mobilă, cu activități periodice de sensibilizare.

4.2.4. Ce urmează

De obicei, echipele PMT, sau cel puțin membrii acestora care provin din comunitățile strămutate, însoțesc populațiile în deplasările lor. De exemplu, în Haiti, la doi ani după cutremur, echipele MHPSS s-au implicat pe deplin în procesul de întoarcere din tabere în comunități, oferind MHPSS, recomandări și sprijin pentru persoanele cu dizabilități și alte persoane vulnerabile, care se întorceau acasă sau se întorceau în adăposturi de tranziție.

Atunci când populația se stabilizează într-un singur loc datorită relocării, întoarcerii sau pentru că strămutarea devine îndelungată, activitatea

echipelor se consolidează în două moduri:

Pe de o parte, în cazul în care populația afectată și autoritățile consideră că mai este nevoie de servicii periodice de MHPSS, sunt înființate centre de recreere și consiliere pentru familii. Aceste centre își extind funcțiile dincolo de intervențiile de urgență și, prin urmare, nu sunt incluse în prezentul Manual.

Pe de altă parte, formarea furnizată echipelor este evaluată și consolidată într-un curriculum național, care poate lua forma unui program de masterat, a unei diplome universitare, prin asigurarea gradului de pregătire a țării pentru următoarea situație de urgență care va urma, astfel cum este mai bine explicat în capitolul despre **Instruire**.

- Echilibrul din punct de vedere etnic între membrii echipei cu același nivel de educație și competențe ar putea fi, de asemenea, dificil de realizat în anumite contexte. De asemenea, se poate lua în considerare posibilitatea creșterii numărului de membri pentru a include diferite etnii.
- Concurența dintre agențiile de ajutorare în timpul unei operațiuni umanitare poate interfera uneori cu recrutarea candidaților sau cu păstrarea membrilor echipei după ce aceștia au beneficiat de formare. Acest inconvenient poate fi atenuat prin încheierea de acorduri între agenții și prin includerea actorilor din alte agenții în cadrul cursurilor de formare oferite echipelor.
- În timp ce diferite contracte sunt oferite diferiților membri ai echipei în funcție de nivelul de experiență și de angajamentele anterioare, echipele pot permite voluntarilor să li se alăture pentru a obține flexibilitate și durabilitate. Contractele diferite dintre membrii echipei pot provoca nemulțumiri și tensiuni în cadrul echipei, care trebuie abordate într-un mod participativ, prin supraveghere și diferențieri clar stabilite și transparente.
- De asemenea, atunci când echipele aplică o abordare de mobilizare, diferența dintre membrul echipei, care este plătit, și resursa comunitară mobilizată care desfășoară o activitate, de obicei pe gratis, poate genera o zonă gri. În aceste cazuri, este important să fie identificate forme de recompensare a resursei comunitare (formare, compensații în natură, recunoaștere publică) și să se identifice limitele de timp și de angajament între funcțiile de voluntariat și cele remunerate.
- În sfârșit, pot apărea conflicte în cadrul și între echipe sau între echipe și alți furnizori sau membri ai comunității, din diferite motive, inclusiv personalități, atitudini culturale și politice și condiții de muncă stresante, care tind să se agraveze în timp. Acestea pot fi tratate în cadrul **supravegherii**, iar timpul și resursele ar trebui dedicate **îngrijirii personalului**.



→ 4.3 STUDIU DE CAZ



Pentru un exemplu al activității echipelor PMT, a se vedea acest **video** cu privire la modul în care au fost valorificate echipele PTM în nord-estul Nigeriei. De atunci, proiectul a luat amploare, iar anumite echipe au însoțit populațiile strămutate la revenirea lor acasă.

→ 4.4 PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Există, de asemenea, provocări asociate cu o abordare comunitară față de selectarea echipelor:

- Limbile diferite vorbite de comunitățile gazdă și de cele strămutate pot da naștere unor provocări în ceea ce privește recrutarea și formarea celui mai adecvat personal. În aceste cazuri, se va lua în considerare adăugarea de mediatori culturali în cadrul echipelor (a se vedea capitolul despre **Consiliere**).
- În unele țări, este dificil să se recruteze atât femei, cât și bărbați în cadrul aceleiași echipe, cu același nivel de educație, competențe și nivel profesional, din cauza considerentelor culturale legate de gen. În aceste situații, numărul membrilor echipei ar putea fi extins, pentru a permite un echilibru de gen.



Caseta 24

Câte echipe pentru câte servicii?

Nu există o formulă unică pentru calcularea numărului de echipe necesare pentru a servi un anumit număr de persoane. Acest raport depinde în mare măsură de serviciul pe care îl furnizează echipele, de expertiza acestora, de dimensiunea problemelor, de celelalte servicii și rețele de asistență disponibile, precum și de populația generală pe care trebuie să o deservească. În general, o echipă de 5 persoane ar trebui să poată furniza aproximativ 4.000 de servicii pe lună. Această cifră include persoanele care participă la evenimente punctuale și sesiuni de educație psihologică, la mai multe sesiuni ale unui atelier cu mai multe populații afectate, la evenimente sportive și altele, atât facilitate de membrii echipei (500-800 maxim), cât și de alți facilitatori sau membri ai comunității mobilizați și supravegheați de membrii echipei (până la 3.500), și nu trebuie considerată a reprezenta numărul total de persoane care beneficiază de consiliere sau de administrarea cazului, care nu poate fi mai mare de 30 pe lună pentru fiecare membru al echipei dedicate.

LECTURI SUPLIMENTARE

Bjerneld, M.

2009 Images, Motives and Challenges for Western Health Workers in Humanitarian Aid. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* (453).



Kutash, K. et al.

2014 Quality Indicators for Multidisciplinary Team Functioning in Community-Based Children's Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1):55–68.



Schininà, G., M. Aboul Hosn, A. Ataya, G. Dieuveut and M. Salem

2010 Psychosocial Response to the Haiti Earthquake: The Experiences of International Organization for Migration. *Intervention*, 8(2):158–164.



Schininà, G., N. Nunes, P. Birot, L. Giardinelli and G. Kios

2016 Mainstreaming Mental Health and Psychosocial Support in Camp Coordination and Camp Management. The Experience of the International Organization for Migration in the North East of Nigeria and South Sudan. *Intervention*, 14(3), 232–244.



Yeboah-Antwi, K., G. Snetro-Plewman, K.Z. Waltensperger, D.H. Hamer, C. Kambikambi, W. MacLeod, S. Filumba, B. Sichamba and D. Marsh

2013 Measuring Teamwork and Taskwork of Community-Based Teams Delivering Life-Saving Health Intervention in Rural Zambia: The Qualitative Study. *BMC Medical Research Methodology*, 13:84.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



5. ACTIVITĂȚI SOCIO-RELAȚIONALE ȘI CULTURALE



➔ 5.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Caseta 25

Video pentru capitol

Următorul capitol este explicat în **acest video** care a fost elaborat în completarea Manualului. Pentru o explicație vizuală a informațiilor prezentate în acest capitol, vă rugăm să vizionați înainte sau după parcurgerea materialului.



În primul capitol, au fost prezentate o serie de modele operaționale MHPSS. Primul model acordă o importanță centrală factorilor socio-relaționali, culturali și biopsihologici și modulului în care aceștia se influențează reciproc, atât în determinarea bunăstării psihosociale, cât și în furnizarea de servicii **MHPSS** eficiente. Secțiunea din Manual care cuprinde capitolele despre **Activități socio-relaționale și culturale, Activități de creație și bazate pe artă, Ritualuri și sărbători, Sporturi și jocuri și Educația non-formală și învățarea informală** descrie activități care se desfășoară în principal la nivel cultural și socio-relațional și care pot avea un impact profund asupra bunăstării biopsihologice a persoanelor afectate de criză. Aceste activități pot contribui la crearea unei punți de legătură între tradiție și nevoia de schimbare și, la rândul lor, pot transforma situația cu care se confruntă indivizii și comunitățile după o criză, ajutându-le să păstreze un sentiment de **identitate**. Având în vedere modelul de **programare** MHPSS, aceste activități vin în întâmpinarea suferinței indivizilor și a grupurilor, concentrându-se pe consolidarea factorilor de reziliență și pe activitățile care atenuează în mod tradițional suferința, evidențiind în același timp rezultatele pozitive ale situației de urgență din punct de vedere al competențelor, creativității și reflecțiilor. Cultura are un impact semnificativ asupra bunăstării individului, deoarece întărește țesutul social și oferă indivizilor și comunităților un sentiment de apartenență și de **susținere**.



Dimensiunile socio-relaționale și culturale privesc întregul spectru al unui program de asistență în domeniul sănătății mintale și al asistenței psihosociale la nivelul comunității în situații de urgență, inclusiv asistența medicală specializată în domeniul sănătății mintale și serviciile de consiliere specifice. Aspectele socio-relaționale și culturale ale acestor servicii sunt discutate în capitolele respective (**Consiliere și Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave**). Următoarele capitole prezintă activități socio-relaționale și culturale dedicate, care pot fi incluse în principal în programarea MHPSS la al doilea și al treilea nivel al **piramidei MHPSS în situațiile de urgență**.

*Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007) evidențiază relevanța practicilor culturale, spirituale și religioase, atât ca forme de implicare a comunității, cât și în furnizarea de servicii de asistență în domeniul sănătății mintale, respectiv, în **Fișele de acțiune 5.3 și 6.4**. Aceste paragrafe sunt concise și cuprinzătoare și ar trebui să fie luate în considerare ca lecturi complementare.*

În mod special pentru copii și familii, *Orientările operaționale ale UNICEF: Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității, în contexte umanitare: Asistență pentru copii și familii pe trei niveluri* (UNICEF, 2018), și **Compendiul UNICEF privind resursele MHPSS la nivelul comunității** (UNICEF, 2021) oferă îndrumări cu privire la activarea sau restabilirea structurilor comunitare care consolidează rețelele sociale și protejează și sprijină copiii și familiile, și ar trebui să fie utilizate ca referință.

Caseta 26

Măsurile de protecție pentru copii

De îndată ce sunt implicați copii, ar trebui puse în aplicare măsuri de protecție împotriva abuzurilor. Printre acestea se numără protocoale comportamentale pentru personal, sisteme de instruire și de reclamații. Acest lucru se referă nu numai la activitățile socio-relaționale și culturale, ci și la Intervențiile de creație și cele bazate pe artă, Sport și jocuri, Educație non-formală și învățare informală. Pentru sfaturi referitoare la punerea în practică a principiilor **a se vedea aici**.



Jocuri pentru tineri cu și fără dizabilități. Centrul de Recreere și Socializare pentru Familii, Moultakana-Abu Sliem, Tripoli, Libia. © IOM 2013/Stefano SPESSA

Caseta 27

Selectarea activităților

Selectarea activităților descrise în acest capitol și în capitolele următoare se înscrie în cadrul operațional al iom și în experiențele anterioare și este, în acest sens, parțială. În special, relevanța socio-relațională și culturală a mijloacelor de comunicare socială și a altor instrumente bazate pe internet nu trebuie subestimată în ceea ce privește modul în care acestea modelează corpurile și percepțiile, mințile, valorile, sentimentul de comunitate, valoarea amintirilor, formarea grupurilor și practicile de socializare, precum și reacțiile la situațiile de urgență. Comunitățile afectate, în special tinerii și persoanele aflate în mișcare, sunt de obicei conectate între ele și la rețele externe prin intermediul telefoanelor inteligente și al computerelor, căutând informații, divertisment și îndrumare. Programele ar trebui, de asemenea, să țină seama de modul și de momentul în care aceste legături au un impact asupra sănătății mintale și a bunăstării psihosociale. Deși sunt prezentate câteva exemple de cele mai bune practici, această versiune a manualului nu va oferi o imagine de ansamblu completă și o reflecție asupra acestor posibilități.

În afară de activitățile care vor fi prezentate în capitolele următoare, care se bazează pe medii specifice, programele MHPSS ar trebui să sprijine o serie de grupări spontane sau induse ale populațiilor afectate, cu scopul de a încuraja coeziunea socială și susținerea socială.

Aceste activități se bazează foarte des pe practicile existente. În orice comunitate și în orice grup, oamenii au modul propriu de a relaționa și de a se sprijini reciproc. În unele culturi, bărbații se pot întâlni pentru a juca șah sau table la sfârșitul zilei de lucru în piața principală; în altele, femeile se pot întâlni pentru a găti împreună. Aceste activități și grupări socio-relaționale și culturale, după situațiile de urgență, ar trebui restabilite, facilitate și sprijinite. De exemplu, în timpul războaielor din Balcani, s-a observat că, în mod tradițional, femeile, în special cele căsătorite și cele din zonele rurale, se adunau la anumite ore ale după-amiezii pentru a croșeta și a tricota împreună. Aceasta a fost o ocazie pentru aceștia de a împărtăși resurse și abilități, de a relaționa și socializa și de a beneficia de susținere socială. În timpul și după diversele războaie din Balcani, multe organizații au început să sprijine femeile pentru a restabili aceste practici în tabere, centre de refugiați și în cartierele afectate.

Sprijinul a variat de la un context la altul, putând include acțiuni de informare, asigurarea unui spațiu sigur, furnizarea de materiale și instrumente, asigurarea accesului la piețe și târguri și, în unele cazuri, facilitatori, animatori și chiar psihologi, care ar putea ajuta femeile să folosească aceste spații pentru a discuta în moduri mai structurate și mai puțin stigmatizante despre problemele lor psihosociale și sentimentele negative, sau ar putea oferi **educație psihologică**. Un alt exemplu este ceremonia cafelei din Etiopia. Ceremoniile ale cafelei – cum ar fi adunările în care femeile obișnuiesc să prăjească, să macine și să infuzeze boabe de cafea pentru



familie, prieteni și vecini - joacă un puternic rol de sprijin social și constituie o ocazie de socializare pozitivă. După strămutare, populația afectată nu a mai putut participa la astfel de ceremonii și a raportat că acest lucru le-a afectat capacitatea de a face față situației. Astfel, programul MHPSS a oferit sprijin material (cești, cafea, ibrice, printre altele) pentru a permite reluarea acestor ceremonii. Ceremoniile cafelei nu numai că au consolidat structura socială și rețeaua de sprijin, dar au devenit și o modalitate ușoară pentru membrii echipei MHPSS de a se implica în comunitate.

Deși nu este complet structurat și nu a fost validat, acest tip de activitate reprezintă socializare. Acestea se încadrează între grupurile de discuții, inițiativele de sprijinire a mijloacelor de trai, intervenție psihologică de grup și consiliere, fără a respecta în totalitate standardele nici uneia dintre aceste activități. Cu toate acestea, în cadrul unei abordări MHPSS la nivelul comunității, ele reprezintă un instrument fundamental pentru sprijinirea comunităților, pornind de la rezistența și tradițiile acestora. O altă dificultate legată de aceste activități este faptul că sunt foarte specifice contextului, în timp ce intervențiile umanitare au tendința de a favoriza intervențiile care pot fi duplicate și redimensionate.

Programele MHPSS ale IOM au găsit, în mod intuitiv, modalități de sprijinire a grupurilor pentru organizarea de adunări sociale spontane și tradiționale, având în vedere obiective specifice MHPSS.

Aceste grupuri pot fi în mare parte clasificate în funcție de:

- Grup de interes: Un grup care se reunește în jurul unui anumit interes, al unei preocupări sau al unei afilieri. IOM Irak lucrează cu persoane strămutate în mediul urban, care doresc să fie membri activi ai noilor lor comunități. Grupurile de vecini se reunesc în mod periodic pentru a discuta probleme care îi preocupă pe vecini în ceea ce privește igiena, decorațiunile și altele, și propun inițiative de îmbunătățire, cum ar fi lansarea unor campanii de curățenie.
- Grup de activități: Un grup care se reunește în jurul unei activități, de exemplu, pentru a se uita la televizor, a juca șah, a croșeta, a pregăti biserica sau altarul pentru sărbătorile săptămânale sau zilnice. În Sudanul de Sud, de exemplu, a fost acordată asistență unor grupuri de femei care se adunau în fiecare săptămână pentru a croi și croșeta decorațiuni și textile pentru slujba de duminică.
- Grup bazat pe probleme: Un grup care se reunește în jurul unei probleme, de exemplu femei cap de familie, bărbați care nu-și găsesc un loc de muncă. Atât în Irak, cât și în Sudanul de Sud, IOM a facilitat grupuri de asistență pentru femeile care și-au pierdut soții din cauza conflictului. Aceste grupuri se adună în mod regulat pentru a desfășura activități sociale, cum ar fi tricotatul, cusutul sau prepararea de dulciuri, și pentru a intra în contact cu alte femei aflate în aceeași situație.
- Echipele PMT au sprijinit aceste grupuri cu sesiuni complementare pe teme precum pierderea, durerea, abilitățile de viață sau abilitățile parentale.
- Grup tradițional: bătrâni, întâlniri de congregație, grupuri de dansuri tradiționale spontane, grupuri religioase/interconfesionale, printre altele. În Cox's Bazar, în Bangladesh, au fost organizate ceremonii de vindecare cu membrii comunității Rohingya, care au putut să se reconecteze la diferite aspecte ale culturii lor. Ceremoniile au constatat în trei părți: muzică, pentru exprimarea emoțiilor și a experiențelor; artă și pictură, pentru păstrarea culturii, a istoriei și pentru a împărtăși povești individuale și colective; iar a treia parte a constatat în alegerea de către fiecare participant a unui simbol al puterii, care să le reprezinte cultura, unitatea și reziliența. Aceste trei elemente ale ceremoniei au avut o puternică componentă inter-generațională, în sensul că generațiile mai în vârstă au putut să transmită aspecte ale istoriei și culturii lor generației mai tinere. Ceremoniile de vindecare au permis participanților să se implice în narațiunile lor istorice, în identitățile culturale și comunitare și au promovat mecanisme pozitive de adaptare și un sentiment de sprijin social.

- Grup structurat: Grupuri de cercetași, grupuri organizate pentru tineret, asociații ale studenților.

Adesea, grupurile se pot încadra în mai multe categorii. De exemplu, în Cox's Bazar, Bangladesh, IOM a organizat bucătării comune unde femeile refugiate din diferite părți ale taberei se puteau aduna pentru a găti împreună. Acest lucru a creat un grup care este, în același timp, un grup de interese, bazat pe preocuparea de a putea hrăni familia, un grup de activitate, care se învârtă în jurul gătitului, și un grup bazat pe probleme, deoarece acestea sunt în majoritate femei vulnerabile.

Indiferent de natura lor, toate acestea pot funcționa sub formă de grupuri de sprijin între egali, dacă sunt încurajate să facă acest lucru. De exemplu, grupurile de bucătării comune au ajutat la identificarea femeilor care au nevoie în mod special de ajutor și la îndrumarea acestora, precum și la acordarea unor forme de bază de MHPSS, deoarece psihologii IOM petrec timp cu grupurile de femei în timp ce gătesc.



5.2 CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Responsabilii ar trebui să aibă în vedere și să elaboreze programe care să permită sprijinirea formelor spontane și tradiționale de întruniri, care pot avea obiective și rezultate specifice în domeniul MHPSS. Cu toate că nu vor desfășura aceste activități în mod direct, ar trebui să aibă cunoștință de procesul necesar pentru susținerea lor:

- Evaluarea modalităților tradiționale de adunare care există într-o comunitate, cu o abordare diferențiată pe sexe și vârste, ca în exemplul grupurilor de croșetare din Balcani.
- Identificarea tipului de sprijin care ar putea fi necesar pentru reactivarea sau menținerea acestor grupuri. Acesta poate include sprijin în natură, transport sau amenajarea unui spațiu în care oamenii se pot întâlni așa cum sunt obișnuiți.
- Identificarea valorii pe care aceste grupuri și modalități de colectare o pot avea pentru obiectivele programului, de exemplu:
 - Facilitarea punctelor de acces la comunități, și organizarea de evaluări și grupuri de discuții
 - Stimularea mobilizării și a capacității de acțiune a comunității;
 - Facilitarea identificării și susținerii persoanelor sau grupurilor deosebit de vulnerabile;
- Promovarea înființării unor grupuri suplimentare care nu sunt spontane, ci generate de proiect. Acestea pot fi utile pentru a veni în sprijinul persoanelor deosebit de vulnerabile sau pentru a răspunde unor probleme identificate: de exemplu, grupurile de gătit în comun din Cox's Bazar sau grupurile de bărbați din Sudanul de Sud.
- În cazul în care grupul poate avea un rezultat specific în domeniul MHPSS sau este conceput pentru a avea un obiectiv MHPSS, următoarele demersuri sunt importante:
 - Identificarea unui lider sau a unui facilitator pentru grup și instruirea acestuia în tehnici de sprijin între egali și mentorat (a se vedea 5.2.1); sau
 - Furnizarea unui facilitator competent pentru grup, din echipa programului MHPSS.
- Crearea unei rețele între grupurile de relaționare, prin schimburi și evenimente sau prin mobilizarea grupurilor pentru sprijin în organizarea de ritualuri și sărbători, activități sportive și altele. În Sudanul de Sud, un grup de dansuri culturale susținut de IOM a devenit foarte cunoscut și a fost de multe ori chemat să participe la ceremonii importante ale comunității: nunți, aniversări pentru zile de naștere și comemorări. Deși grupul a fost important pentru strategiile proprii de adaptare ale participanților, acesta a avut impact și la nivelul comunității. În Irak, participanții la cursurile de coafură, cofetărie, croitorie și machiaj sprijină de multe ori activitățile comunității prin abilitățile lor: de exemplu, oferă tunsori gratuite înainte de

sărbători importante, pregătesc dulciuri pentru comunitate, confecționează jucării pentru copii, oferă servicii de coafură și machiaj pentru nunți, printre altele.

- (g) Monitorizarea și evaluarea modului în care activitățile grupului au contribuit la obținerea rezultatului preconizat în domeniul MHPSS.

5.2.1. Modalitatea de identificare și susținere a facilitatorilor grupului în vederea atingerii obiectivelor MHPSS

Mentoratul și sprijinul între egali se bazează pe o relație de susținere între colegi cu experiențe similare. Aceștia susțin formele seculare de sprijin psihosocial învățate prin intermediul activităților de formare organizate.

Mentorul este un voluntar, liderul spontan al unui grup sociocultural, care este disponibil pentru a-și sprijini grupul, dar nu este consilier. Rolul mentorului este de a-și ajuta semenii din grup prin identificarea problemelor și furnizarea de informații referitoare la servicii, rețele și resurse. Mentorul trebuie să fie sensibil, empatic și disponibil.

Mentorul ar trebui să beneficieze de o formare care să includă aspecte precum:

- Tipurile de activități pe care le poate organiza cu grupul;
- Cum pot asculta eficient;
- Cum pot gestiona și adapta așteptările;
- Cum pot fi încurajate relațiile de egalitate și respect;
- Cum pot fi îndrumate alte persoane către servicii;
- Cum poate fi furnizat PFA;
- Cum poate fi desființat grupul;
- Nevoile specifice ale copiilor și ale familiilor (a se vedea aici pentru mai multe informații și îndrumări privind resursele destinate **instruirii**).

Programul poate înființa un sistem eficient de mentorat prin:

- Identificarea mentorilor;
- Organizarea de cursuri de formare formale, care includ subiectele descrise mai sus și care,

de obicei, ar trebui să implice o formare inițială de cinci zile și cursuri de perfecționare;

- Organizarea unor activități periodice de supraveghere tehnică (a se vedea capitolul 15 despre Supraveghere tehnică și formare);
- Sprijinirea acestora în ceea ce privește nevoile lor emoționale;
- Evaluarea periodică a sistemului.

5.2.2. Grupuri informale ca grupuri de sprijin între egali

În anumite cazuri, reuniunile acestor grupuri pot deveni forme de sprijin de grup între egali, în care persoanele care au experiențe de viață similare interacționează și stabilesc legături de ajutor. În acest sens, grupurile de sprijin între egali acordă sprijin social, emoțional, fizic și tangibil și îi pot ajuta pe participanți să depășească sentimentele de izolare socială și să construiască o punte înspre comunitate. Un grup structurat de sprijin între egali ar consta din:

- (a) O întâlnire inițială.
- (b) În mod ideal, între 8 și 20 de participanți: Noii veniți nu ar trebui să fie incluși în grupurile existente, ci să se formeze altele noi. Acesta poate fi păstrat flexibil din cauza distanțelor geografice și a considerațiilor legate de legăturile preexistente.
- (c) Un facilitator instruit: De exemplu, mentorul.
- (d) În timpul primei întâlniri, sunt explicate scopurile, se ajunge la un acord asupra calendarului și se alege subiectele de discuție: Participanții învață cât de important este să asculte povestea celui alt, fără a forța o dezvăluire și fără a fi intruzivi. Aceștia învață cât de benefic, din punct de vedere emoțional, este să afle că au în comun nu numai dificultățile, ci și resursele.
- (e) Sesiuni de urmărire organizate în funcție de interesul și disponibilitatea grupului.

Acest **ghid** prezintă mai multe informații despre modul de organizare a acestor grupuri.

Pentru finalizarea planurilor și organizarea de cursuri de formare pentru facilitatori, se poate





consulta Secțiunea MHPSS a IOM la adresa contactpss@iom.int.

→ 5.3. STUDII DE CAZ

5.3.1. Sudanul de Sud

Un exemplu vine din Sudanul de Sud, unde grupurile spontane au fost sprijinite în cadrul programului printr-un proces de facilitare a condițiilor de întâlnire a grupurilor și de formare a liderilor și facilitatorilor acestora.

În acest videoclip se poate vedea originea și evoluția unei adunări a gospodăriilor conduse de femei (grup bazat pe probleme), care a început ca un grup de sprijin și a devenit rapid un grup de sprijin între egali, un grup de activitate și, în cele din urmă, o **activitate** pentru mijloace de trai.



Această publicație subliniază vocile facilitatorilor de grup care au furnizat sprijin între egali celorlalți membri ai acelorași grupuri de interese și bazate pe probleme.

5.3.2. Etiopia

Un alt exemplu vine din Etiopia, unde a fost înființat un grup de tineri în urma unei activități care a facilitat coeziunea socială între tineri din medii diferite. Tinerii proveneau atât din comunitățile de persoane strămutate intern (IDP), cât și din comunitățile gazdă, membrii săi fiind atât bărbați, cât și femei, și au fost susținuți de doi membri ai echipei MHPSS, care aveau vârste diferite. Din dorința de a se angaja într-o activitate care ar fi în beneficiul grupului și al întregii comunități, tinerii au decis să se ocupe de producția mierii și, cu sprijinul IOM, care a furnizat sprijin material, au construit spații tradiționale pentru stupi de albine. Acest proces a permis grupului să interacționeze cu alte persoane din comunitate, a eliminat stereotipurile negative pe care membrii comunității le aveau cu privire la tineri și, în cele din urmă, a dat naștere la alte inițiative, prin care membrii grupului au început să facă voluntariat în comunitate, prin construirea de adăposturi și rezolvarea unor comisioane pentru alții. Impactul grupului a mers

dincolo de activitățile sale directe și a promovat o interacțiune socială pozitivă între comunități de vârste și medii de migrație diferite.

→ 5.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Una dintre principalele provocări este de a stabili cine face parte din grup. Anumite grupuri pot fi înființate în mod spontan, ceea ce poate ridica probleme. De exemplu, alcătuirea grupului ar putea crea o dinamică dificilă în cazul în care toți membrii grupului sunt de aceeași etnie (într-un context cu tensiuni etnice). Grupurile care includ mai mulți membri ai aceleiași familii pot afecta capacitatea participanților de a împărtăși informații în mod confidențial. Cu toate acestea, grupurile spontane se pot dovedi, de asemenea, foarte utile: acestea își au originea în propriul sistem de structuri de sprijin al comunității și dispun de o bună înțelegere a modului în care trebuie să se orienteze în acestea. Membrii grupului se pot simți mai confortabil, deoarece se cunosc și au încredere în motivațiile celorlalți.

Înființarea grupurilor poate facilita influențarea dinamicii grupului: membrii pot fi selectați pentru a asigura un echilibru util.

Cu toate acestea, modul de selectare a membrilor grupului poate fi, de asemenea, o provocare. Trebuie să se stabilească dacă grupul este eterogen sau omogen. Apartenența sau nu la grup va fi influențată de obiectivele grupului. De exemplu, dacă grupul își propune să asigure un forum sigur de socializare pentru gospodăriile care au cap de familie femei, este posibil ca grupul să dorească să excludă bărbații din acest grup specific. Factorii care trebuie luați în considerare la stabilirea criteriilor de apartenență ar putea include: vârsta, sexul, clanul/tribul, interesele, angajamentele, zonele de origine, statutul social, IDP/membrii comunității gazdă și afilierea religioasă, printre altele. Acest lucru nu înseamnă că ar trebui să existe o segregare bazată pe acești factori, ci mai degrabă că este important să se recunoască faptul că acești factori vor avea un impact asupra dinamicii grupului pe plan intern și, de asemenea, asupra modului în care grupul va fi perceput de restul comunității, ceea ce, la rândul său, poate afecta propria percepție de sine a grupului.

Un alt aspect care trebuie avut în vedere este dacă grupul va fi unul deschis, care va primi nou-veniți, sau închis. Pentru a răspunde la această întrebare, este important să se analizeze diferite criterii:

- Dimensiunea grupului: Dacă grupul devine prea mare, poate fi mai dificil să se asigure că își atinge obiectivele.
- Structura grupului: Dacă este vorba de un grup mai informal, axat pe activități sociale, sau de un grup mai structurat, cu roluri definite pentru membrii săi și cu un obiectiv psihosocial. În acest din urmă caz, ar putea fi mai dificil de integrat noii veniți.
- Călătoria grupului: Pe măsură ce grupul evoluează, iar membrii au parcurs ciclul de viață al grupului, noilor veniți li se poate părea complicat să se integreze.

Trebuie să se ia în considerare gestionarea membrilor dificili ai grupului de sprijin și impactul neintenționat al acestora asupra activităților. Echipele MHPSS ar trebui să fie conștiente de orice efecte negative potențiale ale membrilor dificili ai grupului asupra activităților sociale și culturale și să adopte măsuri de atenuare. De exemplu:

- Persoanele cu probleme de sănătate mintală se pot simți mai rău și se pot retrage mai mult dacă încearcă ceva care este prea provocator pentru ele, afectând mediul grupului.
- Persoanele foarte perturbatoare pot perturba participarea celorlalți membri ai grupului.
- Participarea la anumite activități poate avea un impact negativ asupra sănătății pentru unele persoane cu probleme de sănătate.
- Trebuie prevenită posibilitatea unui comportament violent și a unor bătăi.
- Membrii care sunt prezenți și nu participă sau care au probleme de comunicare pot afecta mediul grupului.
- Membrii mai dominanți ai grupului ar putea încerca să își impună valorile.
- Este important să se impună limite și să se gestioneze așteptările, astfel încât oamenii să știe ce este adecvat și la ce se pot aștepta.

Dacă oamenii au o experiență neplăcută, îi poate împiedica să se implice în activități pe viitor.

De asemenea, este important să fie evaluată utilizarea ideilor eficiente din punct de vedere al costurilor în comparație cu o varietate de activități, stabilind prioritatea opțiunii potrivite în funcție de situație. Cele mai populare activități vor ajunge la un sector mai larg al populației afectate, dar ar putea risca să excludă anumite persoane din program sau să lase nevoi specifice nesoluționate.

Menținerea activă a grupurilor poate reprezenta o provocare, în special în situații de strămutare prelungită. Dinamica unui grup se poate schimba de-a lungul timpului: de exemplu, acesta se poate schimba din punct de vedere al subiectului și al membrilor. De asemenea, grupurile pot da naștere la noi grupuri sau subgrupuri, în funcție de necesitatea de a recunoaște noile „grupuri”, pe măsură ce acestea apar. De exemplu, au fost organizate grupuri de sprijin pentru mame în Clinicile de asistență medicală primară din Wau, Sudanul de Sud, în cadrul unui program de nutriție. Mamele adolescente și tinere erau de obicei tăcute în timpul întâlnirilor. Când facilitatorul le-a întrebat de ce, acestea au spus că nu se simt confortabil să discute sau să vorbească despre anumite aspecte legate de statutul lor în fața femeilor mai în vârstă, inclusiv a rudelor. În cele din urmă, acest lucru a dus la formarea unui nou subgrup în cadrul grupului de mame.

De asemenea, grupurile pot înceta în cele din urmă și aceasta din diferite motive: membrii pot alege să pună capăt grupului după ce și-au atins obiectivele sau sunt din nou strămutați din cauza conflictului. Pe măsură ce grupul evoluează și, mai ales, pe măsură ce membrii săi fac investiții emoționale, devine din ce în ce mai important să se pregătească pentru o astfel de posibilitate. Posibila desființare a grupului ar putea, de asemenea, să influențeze modul de constituire a grupurilor: de exemplu, în Nigeria, anumite grupuri au fost formate din membri care proveneau din aceleași localități, astfel încât, în caz de reîntoarcere, aceștia să poată continua grupul în locul de origine.

Pentru referințe, a se vedea bibliografia completă **aici**.



6. ACTIVITĂȚI DE CREAȚIE ȘI LEGATE DE ARTĂ





6.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Caseta 28

Video pentru capitol

Următorul capitol este explicat în **acest video** care a fost elaborat în completarea Manualului. Pentru o explicație vizuală a informațiilor prezentate în acest capitol, vă rugăm să vizionați înainte sau după parcurgerea materialului.



Acest capitol va prezenta utilizarea activităților de creație și a activităților expresive bazate pe artă, cum ar fi muzica, teatrul și drama, povestitul, poezia și scrierea creativă, dansul, pictura, sculptura, fotografia și realizarea de videoclipuri în cadrul programelor MHPSS. Scopul este de a informa responsabilii MHPSS cu privire la modul de concepere și monitorizare a programelor MHPSS care includ aceste componente culturale fundamentale, facilitând exprimarea, relaxarea, reelaborarea simbolică și transformarea situațiilor dificile dureroase, capacitatea de acțiune, relațiile, rezolvarea problemelor și discuțiile pașnice prin metafore, comunicare socială și documentare. Aceste activități pot activa procese care sunt în același timp curative, educaționale, sociale și culturale și care sunt înrădăcinate în forme structurate și recognoscibile (și, prin urmare, sigure), dar care permit schimbări și transformări individuale, subculturale și colective.

Activitățile bazate pe artă și activitățile de creație sunt strict legate de paradigmele prezentate în capitolul despre **Modele de lucru**. Intervențiile artistice influențează legătura dintre cele trei sfere ale **modelului aferent unei abordări psihosociale față de programare în situații de urgență și strămutare**, deoarece fac legătura între corp și minte prin intermediul unei acțiuni de creație care este relațională, înrădăcinată în cultură și care produce „obiecte” culturale, cum ar fi cântece, sculpturi, picturi, piese de teatru, materiale video etc.



Acestea sunt esențiale pentru modelul de programare CB MHPSS, deoarece:

- Artele, cu capacitatea lor de transformare a suferinței, a experiențelor negative și a rănilor colective în producții artistice cu semnificație estetică, socială și culturală, acționează la interconexiunea dintre dimensiunile individuale, colective și societale, precum și la intersecția dintre suferință, capacitățile și practicile de reziliență și rezultatele pozitive ale adversității.
- De asemenea, acestea leagă indivizii de familiile lor, de subgrupuri și de segmente mai mari ale societății, incluzând, eventual, noi narațiuni în discursul public.
- Prin limbajul lor metaforic, dar recognoscibil, acestea pot uneori să exprime ceea ce este de nedescris și să lege ceea ce nu poate fi legat.

Acestea reprezintă o dimensiune importantă a identităților, deoarece sunt o caracteristică fundamentală a identităților colective și pot, de asemenea, să dea o voce identităților subculturale, promovând în același timp capacitatea individuală de acțiune.

Caseta 29

Efectele activităților bazate pe artă și de creație

Activitățile bazate pe artă și activitățile de creație pot avea un efect pozitiv asupra factorilor sociali și culturali determinanți ai sănătății, cum ar fi capitalul social, alfabetizarea, abilitățile de viață și eficacitatea personală. În plus, studii neuroștiințifice și psihologice, neuroendocrine și imunologice recente au susținut că participarea la activități culturale și artistice poate avea un impact pozitiv la nivel organic, limitând rezultatele negative ale suferinței prelungite și consolidând răspunsurile sistemului imunitar. Conform celor mai recente studii de neuroestetică, vizionarea și crearea de forme artistice angajează neuronii oglindă și stimulează empatia și „sintonizarea”.



Activitate de teatru pentru ziua copiilor în Izmir, Turcia. © IOM 2019

Relațiile dintre aceste activități și piramida de intervenție MHPSS a IASC vor fi explicate în secțiunea următoare.

În primul rând, capitolul va analiza indicațiile programatice comune care trebuie luate în considerare în momentul includerii activităților de creație în cadrul unui program MHPSS. Apoi, vor fi descriși pașii programatici care ar trebui să permită această integrare. În cele din urmă, vor fi descrise mai detaliat anumite procese și modele de lucru care privesc doar una dintre arte, cum ar fi teatrul și dramaturgia. Teatrul și dramaturgia sunt folosite în mod special ca exemplu din motive care vor fi explicate mai pe larg mai jos în acest capitol.

6.1.1. Indicații programatice

Activitățile bazate pe artă și activitățile de creație sunt înrădăcinate în capacitatea de acțiune a populației și există în orice comunitate. Un program MHPSS ar trebui să prevadă ca aceste practici să poată fi protejate sau reactivitate după situația de urgență și/sau strămutare, permițând ansamblurilor de teatru, trupelor de dans, grupurilor muzicale, artiștilor individuali, printre altele, să își continue creațiile artistice. Aceasta poate include sprijin în natură și distribuirea de materiale, sau dotarea unui centru psihosocial sau a unui centru comunitar cu instrumente muzicale, de exemplu. Acestea se numesc activități generate de comunitate.

Având în vedere că aceste activități creează capital social, ocazii pentru discuții colective și crearea de sensuri, programul psihosocial ar trebui să creeze în mod intenționat ocazii de a

lega aceste experiențe între ele și, în cazul strămutării, de a lega experiențe artistice similare între comunitățile gazdă și cele strămutate.

Aceasta înseamnă crearea sau susținerea unor spații, cum ar fi festivaluri, evenimente, concursuri și expoziții de artă pe o anumită temă. Aceasta include, de asemenea, producții comune și spații multidisciplinare dedicate, în care integrarea este mai ușoară decât în alte domenii, fiind bazată pe capacitate de acțiune și pe un limbaj artistic comun, mai degrabă decât pe vulnerabilitate și servicii. Aceste activități sunt identificate ca fiind facilitate de program.

În plus, și în mod inerent față de obiectivele sale, un program MHPSS ar trebui să încerce să mobilizeze și să capaciteze artiștii și persoanele cărora le place să folosească diverse forme de artă pentru facilitarea atelierelor și proceselor cu un accent mai explicit pe MHPSS (relaxare, stimă de sine, coeziune socială, dezvoltare comunitară, discuții pașnice, documentare) pentru populațiile mai vulnerabile. Nu este vorba doar de sprijinirea practicilor existente, ci și de implicarea diferitelor comunități artistice și a artiștilor individuali, propunându-le să își pună înțelepciunea și abilitățile în slujba altor persoane aflate în nevoie în comunitățile lor, cu un obiectiv mai direct de vindecare și reparare. Cele mai multe dintre aceste forme artistice au fost, într-adevăr, utilizate în diferite scopuri sociale și psihologice în țările dezvoltate, precum și în domeniul psihosocial în cadrul acțiunilor umanitare timp de câteva decenii (Schininà, 2009), și cele mai bune practici au fost identificate de-a lungul anilor. Aceste ateliere și activități sunt definite ca fiind generate de program.



În sfârșit, intervențiile de creație și cele bazate pe artă pot fi folosite ca punct de intrare în comunitate și, de asemenea, ca instrument de evaluare pentru fundamentarea conceperii programelor.

Caseta 30

Trei categorii de activități

- Activitățile generate de comunitate protejează, sprijină și reactivează resursele creative și artistice existente;
- Activitățile facilitate de program se bazează pe activitățile de creație și artistice existente, generând ocazii pentru stabilirea de rețele, mobilizare și comunicare solidă;
- Activitățile generate de program mobilizează resurse artistice și creative în activități și ateliere de lucru specifice, cu un scop clar de asistență psihosocială, vizând probleme specifice sau grupuri vulnerabile.

Activitățile bazate pe artă și activitățile de creație acționează concomitent pe mai multe planuri:

- Exprimarea individuală (de exemplu, pictura, cântatul, dansul);
- Înființarea de grupuri (de exemplu, coruri, ansambluri și grupuri muzicale, grupuri de dans și teatru);

- Discuții pașnice și identificarea problemelor în cadrul grupului (de exemplu, forumuri de teatru, stabilirea programului pentru un concert, printre altele);
- Comunicare socială de la grup către comunitate (de exemplu, piese de teatru, concerte, expoziții, videoclipuri).

Există diferențe notabile între diferitele forme de artă din punctul de vedere al importanței pe care o acordă acestor planuri. De exemplu, arta figurativă activează nivelul de expresie artistică individuală și de comunicare socială prin „obiectele” pe care le produce. Teatrul și dansul acordă mai multă importanță aspectelor relaționale și formării de grupuri, deoarece sunt adeseori creații de ansamblu și au nevoie de un public, adică de o relație cu un alt grup, pentru a avea loc. Producțiile de documentare video și expozițiile de artă fotografică se concentrează de obicei pe comunicarea socială. Un program MHPSS va utiliza în principal resursele și practicile existente, dar ar trebui să ia în considerare pertinenta mediului utilizat atunci când atribuie activității obiective legate de asistența psihosocială.

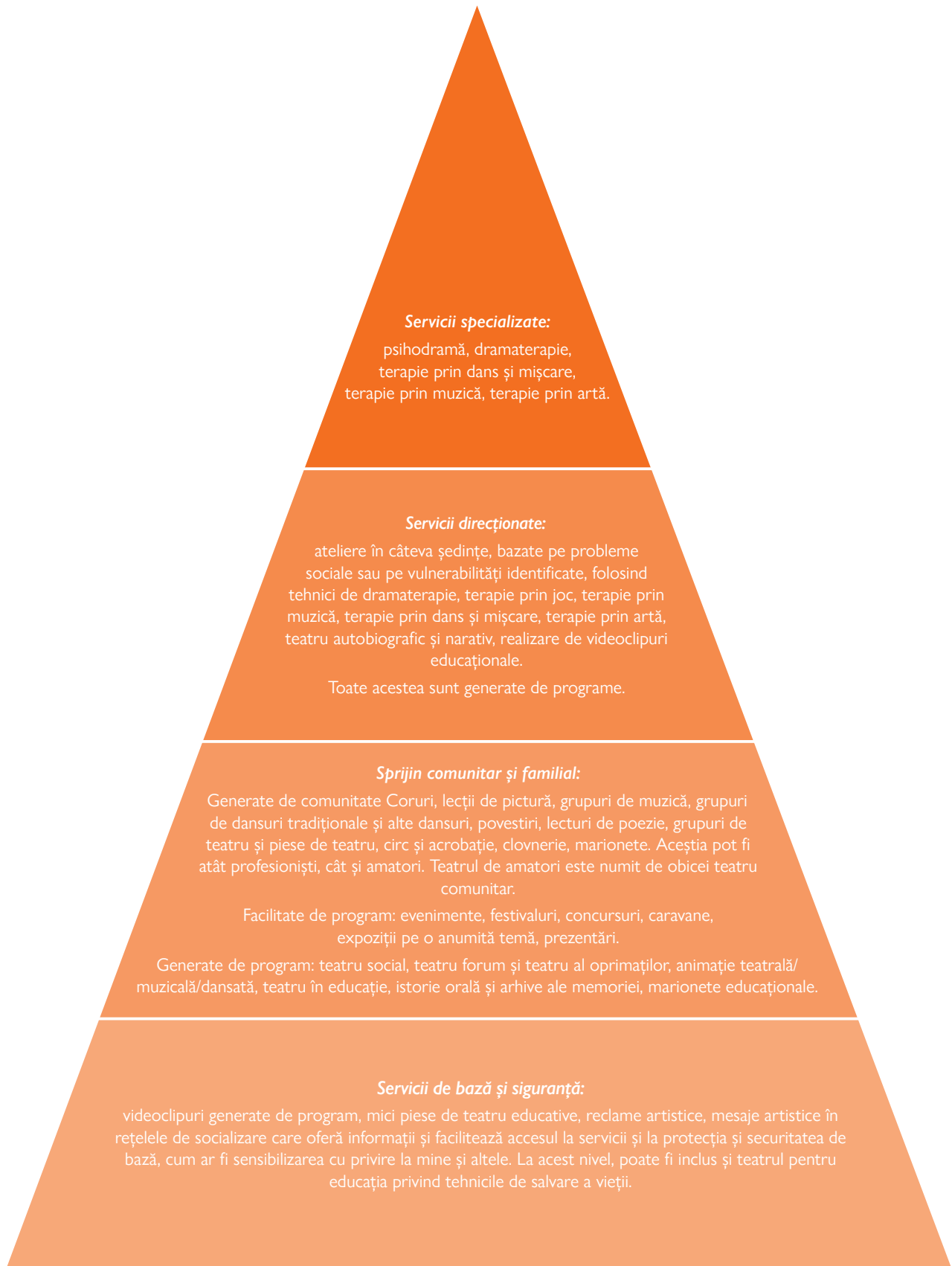
Activitățile artistice și de creație includ o serie de practici care se desfășoară pe cele patru niveluri ale piramidei intervențiilor psihosociale, majoritatea practicilor fiind poziționate la **nivelurile 2 și 3**. Schema din Figura 9 prezintă o clasificare a câtorva dintre activitățile posibile, fără a urmări să fie exhaustivă.



Pictură în grup. Dohuk, Irak. © IOM 2018



Figura 9: Activități creative de-a lungul piramidei MHPSS



Cu toate acestea, într-un context de urgență:

- Terapiile bazate pe artă ca formă de tratament al tulburărilor psihice (al patrulea nivel) vor fi utilizate numai dacă există experți certificați în contextul dat; în caz contrar, programul nu ar trebui să se implice în crearea unei astfel de expertize.
- Aplicarea acestor practici pentru asistența axată pe probleme (al treilea nivel) poate face parte din programul MHPSS și poate fi asigurată formarea artiștilor și a activiștilor în acest sens, însă aceasta ar trebui să fie însoțită în permanență de o supraveghere a facilitatorilor sau să fie realizată și facilitată de echipe mixte de artiști și psihologi/consilieri.
- Utilizările artei și creativității în cadrul comunității pot fi realizate și facilitate de către oricine care are abilități în domeniul artei specifice. Acestea pot fi împărțite în două: cele care sunt generate de comunitate și pe care programul doar le mobilizează sau le sprijină, și cele care sunt generate de proiect pentru a răspunde nevoilor specifice de socializare ale unei comunități. Acestea includ utilizarea artelor în scop recreativ.
- La nivelul serviciilor de bază, artele sunt utilizate pentru informarea populației în mod creativ cu privire la serviciile existente și la măsurile de salvare a vieții prin spectacole, simulări, anunțuri radio sau cântece cu acest scop specific.

Clasificarea acestor practici în funcție de nivelurile de intervenție poate fi fluidă, însă este importantă, deoarece, de foarte multe ori, în cadrul programelor umanitare în domeniul MHPSS, termenii și conceptele legate de aplicarea psihosocială a disciplinelor artistice nu sunt utilizate în mod consecvent. În numeroase situații, jocurile cu scop educativ oferite la nivelul asistenței comunitare sunt etichetate drept psihodramă, ceea ce creează atât impresia greșită că acestea reprezintă un posibil tratament pentru tulburările psihice, cât și o prejudecată că acestea pot dăuna. Același lucru se întâmplă adeseori în cazul definițiilor noțiunilor de drama-terapie, terapie prin artă și altele, care sunt folosite în mod eronat pentru definirea unor

activități care, în realitate, nu sunt ceea ce sunt denumite, ci doar utilizarea unor instrumente creative într-un program MHPSS. Cu toate acestea, atunci când sunt utilizate terapii reale bazate pe artă, acestea trebuie să fie însoțite de supraveghere tehnică, garanții și metodologii pe care aceste discipline le respectă.



6.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Cel mai probabil, responsabilii de programe MHPSS nu vor desfășura singuri activități bazate pe artă și de creație, însă ar trebui să se asigure că programele lor permit utilizarea unor astfel de metodologii și practici, după cum urmează:

- (a) Cartografierea practicilor și resurselor bazate pe artă și de creație existente și preexistente și evaluarea percepțiilor din comunitate, inclusiv:
 - (i) Artiști individuali sau amatori;
 - (ii) Profesori de discipline conexe;
 - (iii) Ansamblurile, grupurile și companiile, atât formale, cât și informale;
 - (iv) Spațiile și locurile în care au loc aceste activități, dacă este cazul;
 - (v) Activități bazate pe artă și activități de creație mai recunoscute de comunități în general, inclusiv tradițiile legate de patrimoniul cultural și artistic al culturii respective.
- (b) Reactivarea și protejarea practicilor și resurselor existente sau preexistente: Acestea se pot întâmpla în mai multe moduri și trebuie să fie contextualizate. Asistența poate fi de natură materială sau imaterială, în rețea sau în formare, și poate include schimburi. De exemplu, proiectul ar putea oferi sprijin în natură artiștilor individuali și grupurilor care utilizează artele, cum ar fi materiale, instrumente, echipamente și spații sigure. Acest sprijin poate face obiectul unui schimb (a se vedea (d) mobilizarea artelor, mai jos) și este mai bine oferit către:

6. ACTIVITĂȚI DE CREAȚIE ȘI LEGATE DE ARTĂ

- (i) Inițiative colective mai degrabă decât individuale (de exemplu, un cor mai degrabă decât un cântăret);
- (ii) Inițiative adresate grupurilor vulnerabile, în cazul în care există deja (de exemplu, o clasă de teatru într-o școală sau un cartier defavorizat sau centre culturale pentru minorități);
- (iii) Procese artistice cu un impact social mai larg (de exemplu, grupuri de dansuri tradiționale implicate în slujbele de duminică sau în alte sărbători civice, emisiuni radiofonice);
- (iv) Spații dedicate, cum ar fi centrele de asistență psihosocială (a se vedea capitolul privind Echipele mobile de asistență psihosocială) sau centrele colective.

Deoarece aceste practici au valori subculturale puternice, este necesară înțelegerea faptului că practicile și percepțiile pot fi diferite pentru diferite grupuri din aceeași comunitate. La selecția activităților care urmează să fie sprijinite ar trebui să fie luate în considerare conflictul și contextul, precum și principiul „Să nu faci rău”.

- (c) Catalizarea acestor inițiative și reunirea lor într-o rețea: De obicei, acest lucru este facilitat de program și este realizat prin:
 - (i) Reactivarea festivalurilor, concursurilor și sărbătorilor din trecut;
 - (ii) Identificarea unor modalități de promovare a includerii producției artistice a persoanelor strămutate în evenimente, expoziții și festivaluri care au loc în comunitatea gazdă;
 - (iii) Invitații la concursuri, festivaluri, evenimente și campanii cu o anumită temă, expoziții, lecturi, caravane cinematografice regulate sau mobile și turnee, pentru a facilita o rețea;
 - (iv) Acestea se pot baza pe anumite mijloace de comunicare (de exemplu, un festival de film sau video, o zi de spectacole de teatru, concursuri de dans) sau pe cartiere (a se vedea un model posibil în Caseta 31);
 - (v) Informarea autorităților locale și stabilirea de legături cu acestea.

- (d) Mobilizarea artelor: Aceste capacități și energii ar trebui mobilizate pentru a veni în întâmpinarea problemelor specifice cu care se confruntă comunitățile sau pentru a facilita incluziunea unor grupuri specifice sau pentru crearea unei coeziuni sociale, atribuind funcții de asistență psihosociale directe sau specifice.

Acest ajutor poate fi furnizat în mai multe moduri, printre care se numără:

- (i) Campanii prin care se face apel la persoanele care au o abilitate artistică pe care doresc să o pună în slujba comunităților lor pentru a ieși în evidență (a se vedea, de exemplu, Caseta 32).
- (ii) Organizarea de cursuri de formare în utilizarea artelor ca formă de acțiune socială, cum ar fi teatrul social, arta în educație, adaptarea terapiilor prin artă și teatru adaptate la mobilizarea socială și grupurile bazate pe probleme (a se vedea, de exemplu, Caseta 33).
- (iii) Oferirea de stimulente sau subvenții pentru intervenții la scară mică, care implică comunitățile vulnerabile în activități artistice cu scop social: Acestea pot fi legate de formare.
- (iv) Schimburile, care sunt legate de sprijinul acordat: De exemplu, în cazul în care programul dotează unul dintre centrele psihosociale cu instrumente pentru o formație muzicală și acordă acces la instrumente formațiilor din cartier, în schimburi, formațiile pot fi rugate să dea înapoi comunității. Această răsplată poate lua diferite forme:
 - o Un concert, fie de sine stătător, fie în cadrul unui eveniment sau al unei sărbători.
 - o Un curs de cântat la un anumit instrument pentru tinerii strămutați.
 - o În cazul în care artiștii doresc să fie instruiți și simt o astfel de dorință și/sau au atitudinea potrivită, se poate organiza un atelier de utilizare a muzicii și a ritmului ca formă de exprimare și relaxare.



Atelier de artă în tabăra IDP din Gubio, Maiduguri, Nigeria.
© IOM 2018

- o Ceea ce este important nu este să forțăm pe cineva să îndeplinească funcții de sprijin psihosocial pe care nu este pregătit sau dispus să le îndeplinească din cauza schimbului, ci să găsim cel mai bun schimb, care să se potrivească cu atitudinile și angajamentele fiecărei persoane în cadrul unui program MHPSS.

Acesta este doar un exemplu, iar opțiuni similare pot fi oferite pictorilor, artiștilor, poezilor și scriitorilor, printre alții.

Mobilizarea poate produce o serie de activități care implică grupuri specifice de membri ai comunității în ateliere de teatru, dans, muzică, video și scriere creativă, printre altele, care implică grupul într-un proces creativ în care dinamica și bunăstarea participanților sunt mai importante decât estetica unui produs artistic. În cazul în care există un produs și acesta este expus, spectacolul, expoziția, proiecția etc vor fi deschise doar pentru comunitatea apropiată, cum ar fi prietenii, familia și îngrijitorii.

Caseta 31

Mobilizarea resurselor artistice și creative

Grupul de cercetare în domeniul teatrului social și comunitar de pe lângă Universitatea din Torino a adoptat un model de mobilizare a resurselor artistice și creative în cartierele și taberele marginalizate. Aceștia creează momente de schimb artistic, sub forma unor evenimente comunitare, în care partea cea mai creativă a populației este invitată să interpreteze, iar cealaltă să asiste. Acestea ar trebui să aibă loc în locații sigure, suficient de ample și care pot avea o valoare simbolică pentru comunitatea respectivă, inclusiv în hub-urile și centrele de asistență psihosocială ale IOM. Acestea includ parade, concerte, lecturi și expoziții de artă și meșteșuguri și pot deveni un eveniment ritualic/repetabil.

- (e) Inclusiv în planul grupurilor de sprijin, intervențiile comunitare pentru persoanele cu tulburări psihice grave și sprijinul concentrat prin ateliere și procese bazate pe artă: Aceste activități, prin prisma obiectivelor lor psihosociale, care pot fi diverse (de la relaxare și gestionarea stresului la coeziune socială), sunt de obicei structurate într-o serie de măsuri de protecție și limite. Responsabilul de program MHPSS nu trebuie să fie un expert în toate aceste forme aplicate ale artelor și ar trebui să se bazeze pe capacitatea națională, regională și internațională în etapa de elaborare. Cu toate acestea, majoritatea tehnicilor și proceselor au câteva elemente în comun:
 - (i) Gradualitate: Nu există nici o grabă pentru a obține un produs, ci se acordă timp pentru exprimarea individuală, construirea unei relații, crearea unui spațiu sigur, consolidarea încrederii, explorări, contractare și feedback.

- (ii) În funcție de resurse: Activitatea se concentrează pe resurse. Persoanele pot fi grupate în funcție de nevoile acestora, însă, în cadrul grupului de lucru, resursele acestora (în raport cu mediile atelierului) reprezintă punctul central al activității.
- (iii) Bazate pe capacitatea de acțiune: Activitățile de asistență psihosocială bazate pe artă nu sunt nici de sus în jos, nici didactice, ci reprezintă procese de facilitare și valorizare realizate împreună cu participanții. Asumarea activităților este o condiție și un obiectiv al activităților în sine.
- (iv) Orientate spre diversitate: Activitățile permit fiecărui participant să își exprime propria identitate personală și culturală și să se întâlnească în mod pașnic și respectuos cu identitățile celorlalți, prin dezvoltarea unor comportamente incluzive. Socializarea diferențelor este permisă de faptul că, în procesele de creație, mai multă diversitate duce la rezultate creative mai interesante.
- (v) Înființarea de grupuri: Participanții sunt stimulați prin exerciții de pregătire, jocuri și procese artistice să își descopere diversitățile, asemănările și punctele comune la nivel fizic, psihologic și cultural. Expresia teatrală și creația artistică ajută la dezvoltarea comunicării și cooperării în grup, adesea fără a folosi cuvinte, care, mai ales în situații de conflict, pot fi cele mai dezbinătoare.
- (vi) Bazate pe metafore: Cele mai multe dintre aceste activități, în special cele care implică teatrul, arta și muzica, sunt de natură metaforică. Problemele și exprimarea sentimentelor și a experiențelor personale sunt mediate de un așa-numit obiect de tranziție - un cântec, un personaj, o marionetă sau o sculptură - care permite exprimarea, dar în același timp, menținerea distanței față de exprimarea problemelor personale.
- (vii) Calitatea proceselor și a produselor: Activitățile stimulează participanții nu numai să se exprime, ci și să caute împreună cele mai eficiente modalități de comunicare. Căutarea calității în relații și în realizarea produselor permite participanți-

lor să activeze strategii și resurse de eficacitate personală și să dezvolte o satisfacție estetică, importantă pentru asigurarea bunăstării.

- (viii) Multidisciplinaritate: De obicei, atelierelor vor fi facilitate în comun de artiști și de un psiholog sau consilier.

De obicei, aceste ateliere se implică într-un proces care începe cu responsabilizarea individuală, apoi creează încredere și un spațiu sigur pentru ca oamenii să se exprime liber și să intre într-o relație prin intermediul formelor lor de expresie. Atunci când grupul este suficient de consolidat, poate începe să abordeze problemele prin mijloace metaforice și artistice și, în cele din urmă, să producă un obiect artistic pentru un public care este, de obicei, preselectat și este format din grupuri de proximitate (familii, prieteni, vecini, îngrijitori și părți interesate cu putere de decizie în ceea ce privește problemele în cauză). Implicarea artiștilor în aceste forme de asistență ar trebui să fie însoțită de un program solid de pregătire pentru aceștia, care va fi specific tehnicii și mediului implicat.

Caseta 32 „Eu pot face”

În Valea Bekaa, una dintre regiunile libaneze cele mai afectate de războiul cu Israelul din 2006, după ce războiul s-a încheiat și oamenii s-au întors acasă, IOM și UNICEF au lansat o campanie numită „Eu pot face”, pentru mobilizarea persoanelor și grupurilor cu abilități artistice și creative, care să creeze intervenții de utilitate socială pentru comunitățile cele mai afectate. (A se vedea versiunea în limba engleză a **materialelor de campanie.**) Campania a atras un număr mare de persoane care au propus activități ce au fost implementate pentru lansarea centrului de recreere și consiliere pentru familia administrat de IOM. Doisprezece ani mai târziu, centrul este încă în funcțiune, fiind operat de un ONG local, iar unele dintre persoanele care au răspuns la apelul de atunci sunt încă printre facilitatorii acestuia.



➔ 6.3. EXEMPLE DE ACTIVITĂȚI DE TEATRU ȘI DRAMATURGIE CARE SUNT GENERATE DE PROGRAM

Tehnicile și procesele artistice care pot fi utilizate pentru activitățile MHPSS generate de program sunt diverse și nu pot fi prezentate în mod exhaustiv în acest capitol. Cu titlu de exemplu, în paragrafele următoare sunt prezentate o serie de tehnici legate de teatru și dramaturgie. Teatrul și arta spectacolului sunt, într-adevăr, artele care s-au bucurat de cele mai multe interpretări în domeniul dezvoltării comunitare, al asistenței psihosociale și al sănătății mintale.

Acest lucru se poate datora faptului că teatrul și dramaturgia se bazează, de obicei, pe exprimarea fizică și emoțională și pe interrelația dintre acestea, pe improvizație și pe relațiile cu o echipă. Produsele acestora sunt de natură relațională, deoarece au nevoie de co-prezența a cel puțin două persoane, interpretul și spectatorul, pentru a exista, și pot funcționa pe bază de catharsis (eliberare emoțională datorită identificării cu experiența trăită de personaj), sau metaxis (capacitatea de a înțelege o problemă în punctele sale fundamentale, datorită acțiunii puse în scenă).

(a) Drama-terapie: Aceasta reprezintă o formă atestată de terapie, bazată pe legăturile dintre corp și minte, amintiri și exprimare, reglarea emoțională și exprimarea fizică a emoțiilor, jocuri de rol și discuții creative. Lucrează la reeditarea experiențelor personale, într-un mod sigur, datorită utilizării obiectelor de tranziție (păpuși, povești, personaje) și a

metaforelor. Există două practici principale neexclusive în drama-terapie: una care îi determină pe participanți să lucreze pe piese, personaje, povești, mituri și legende existente, care pot rezona cu experiențe din propriile vieți; și una care pune în scenă experiențele traumatiche trăite din trecutul participanților. Drama-terapie ar putea fi utilizată în cadrul programelor MHPSS ale IOM în situații de urgență pentru persoanele cu tulburări psihice grave numai dacă practica există deja în context și dacă drama-terapeuții sunt instruiți. În caz contrar, anumite practici de drama-terapie pot fi predate și utilizate ca activități de sprijin direcționate, bazate pe probleme, în special cele care utilizează materiale creative preexistente. Pentru aplicații ale practicilor de drama-terapie în activitățile de asistență direcționată, a se vedea Jennings (2005, 2009, 2017, 2018).

- (b) Psiho-drama: Asemănătoare drama-terapiei, psiho-drama este o terapie atestată care presupune un proces prin care este readus în scenă un eveniment traumatic din trecut cu un grup de egali, ceea ce îi va permite protagonistului să modifice elemente ale propriului comportament în situația respectivă sau să le ceară celorlalți să facă același lucru, pentru a atinge catharsisul. Aceasta poate fi utilizată numai atunci când în context sunt deja prezenți psiho-dramaticieni certificați. În rest, nu este recomandată din cauza abilităților, a timpului și a decorului necesare. A se vedea Moreno (1987) și [aici](#), și [de asemenea aici](#).
- (c) Teatru playback: Asemănător cu psiho-drama, dar cu mai puțină încărcătură emoțională, tea-



trul de tip playback presupune un grup de actori sau persoane instruite care sunt capabile să pună în scenă, în mod improvizat, poveștile spuse de cineva din grup sau din public, conferindu-i o formă vizibilă. Acesta este utilizat pe scară largă în situații de încălcare a drepturilor omului. A se vedea Dennis (2004) și **aici**.



Caseta 33

Instruire IOM în Republica Arabă Siriană

În Damasc, în 2014/2015, IOM a organizat un curs de formare continuă de un an pentru artiștii și activiștii care facilitau ateliere artistice în contextul programelor de asistență psihosocială pentru femeile, tinerii și copiii strămutați și afectați de criza din această țară. Printre participanți s-au numărat pictori, actori, muzicieni și animatori care lucrau pentru 20 de organizații, grupuri de voluntari și biserici diferite, iar formarea a constat în 5 module rezidențiale de 24 de ore fiecare, la care s-a adăugat supravegherea la distanță. Modulele au inclus tehnici de drama-terapie și terapie prin artă, teatru social, teatru de păpuși pentru intervenție socială și Teatrul celor oprimați. Aceste tehnici au fost considerate deosebit de utile în acest context, deoarece au permis practicanților să își exprime problemele prin intermediul metaforelor, oferind intimitate și siguranță, care lipseau în alte intervenții bazate mai mult pe discuții, din cauza naturii concrete a crizei. O evaluare la 18 luni a arătat că participanții au beneficiat foarte mult de pe urma cursurilor de formare, atât în ceea ce privește competențele profesionale, cât și prin responsabilizarea personală care a rezultat din componentele interactive și experimentale ale modulelor. Modulele pot fi obținute la adresa **contactpss@iom.int**.

(d) Teatru social (teatru aplicat): La începutul anilor '90, o nouă formă de teatru - care se inspiră și folosește metodologii din teatrul de animație și din teatrul comunitar, din teatrul

nou și din terapia prin artă și teatru - a intrat în interacțiune directă cu problemele indivizilor și grupurilor din anumite zone. Acesta a fost un teatru bazat pe corp și pe relații, dar distanțat de abordările pur terapeutice și fără scopuri exclusiv estetice și artistice. În realitate, a fost mai puțin egocentrică și era pregătită să devină un instrument de acțiune socială prin laboratoare, ateliere și spectacole, cu scopul de a vindeca și de a crește calitatea interacțiunilor sociale. Acesta a fost un teatru care a făcut legătura între experiența din cadrul grupului și contextul sociocultural, economic și istoric din care a apărut grupul și din care a rămas parte. Acesta a fost și este numit teatru social. După cum subliniază Bernardi, teatrul social face parte din implicarea actuală a antropologiei în societate și facilitează: construcția socială a individului; stimularea relațiilor interpersonale și a înțelegerii intersubiective; structurarea întregii comunități și a instituțiilor sociale mai mici din care este alcătuită comunitatea, cum ar fi școlile, spitalele, satele. A se vedea Schininà (2004c) în lecturi suplimentare, și Pitruzzella (2006). Pentru practici și exemple privind utilizarea diferențiată a drama-terapiei și a teatrului social, a se vedea Jennings (2009), **aici**. Pentru practici și exemple de utilizare a teatrului social, în medii de refugiați, a se vedea Balfour (2013) în **lecturi suplimentare**.



(e) Teatrul celor oprimați: Acesta cuprinde o serie de tehnici și practici ale teatrului care pot fi folosite în scopuri sociale, politice și de bunăstare. Cele mai cunoscute tehnici sunt jocurile, Teatrul imaginii (Image Theatre) și Teatrul de tip forum (Forum Theater), ambele descrise în anexele la acest capitol. **A se vedea Boal** (1995, 2002, 2008).



(f) Teatru în educație/teatru pentru dezvoltare: Teatrul în educație constă în pregătirea unor piese de teatru cu obiective educaționale, care sunt concepute pentru a fi interactive și însoțite de o serie de jocuri de încălzire. Piesa este prezentată în fața unui public (de obicei

elevi), de două ori. A doua oară, piesa este întreruptă în diferite momente semnificative și se solicită o discuție cu elevii despre subiectele propuse. **A se vedea aici.**



→ 6.4. STUDII DE CAZ PRIVIND ACTIVITĂȚILE BAZATE PE ARTĂ ȘI ACTIVITĂȚILE CREATIVE DIN CADRUL PROGRAMELOR

Printre exemple se numără:

- (a) Ateliere bazate pe artă cu un grup: Obiectivele și sub-obiectivele se bazează pe tipologia participanților, pe nevoile evaluate și pe mijloacele utilizate. Are o durată variabilă (minimum cinci întâlniri de două ore fiecare) și poate cuprinde între 5 și 30 de participanți. Documentul din hyperlink constituie raportul unui **modul de formare** organizat de Guglielmo Schininà cu elevii dintr-o generație a Școlii de vară Intervenții psihosociale în migrație, situații de urgență și strămutare, pe ateliere de teatru social de acest tip, ale căror elemente structurale pot fi aplicate și la alte medii. Acestea sunt, de obicei, activități de sprijinire a comunității sau activități direcționate, în funcție de componența grupului sau de obiectiv.
- (b) Teatru narativ: Acesta reprezintă o abordare narativă a lucrului cu comunitățile afectate de traume, conflicte și războaie. Abordarea a fost încercată inițial în satele din mediul rural din Malawi în legătură cu problemele legate de HIV/SIDA. Acesta a fost dezvoltat în ultimii 10 ani în diferite părți ale lumii, iar în prezent este utilizat în Uganda, Burundi și în estul Republicii Democratice Congo. Acest model explorează efectele evenimentelor sau situațiilor perturbatoare asupra vieții comunității și modalitățile teatrale de a le face față. Această abordare a fost influențată de ideile și practicile terapiei narative și ale teatrului de tip forum (Sleip, 2005, 2009). Acesta poate fi



utilizat la nivelul de sprijin comunitar și la niveluri specifice.

- (c) Teatru de tip forum: Un alt exemplu de punere în scenă a poveștilor poate fi inspirat de Teatru de tip forum, o tehnică creată de Augusto Boal (Sullivan și Lloyd, 2006), caracterizată prin implicarea activă a spectatorilor în spectacol. O problemă care asuprește un individ este prezentată într-o scenă de teatru ca fiind nerezolvată. Scena se repetă de două ori și, în timpul reluării, facilitată de un prezentator sau joker, care este, de asemenea, specialist în moderarea interacțiunilor, fiecare membru al publicului poate opri scena în orice moment, poate face un pas înainte și poate lua locul personajului oprimat, arătând cum ar putea schimba situația pentru a permite un rezultat diferit. Eliminarea barierei dintre artiști și public, angajamentul dinamic de pe scenă este puternic și are efecte transformatoare asupra tuturor spectatorilor. În plus, în cadrul acestui proces se caută soluții practice și comune la problemele generale. De regulă, scena este rezultatul unui atelier de câteva zile cu un grup de persoane care trăiesc situații similare. Găsiți un exemplu despre modul în care IOM a folosit Teatru de tip forum în Haiti după cutremur, cu un proces ilustrat în articolul atașat (**Schininà et al., 2011**). Cu toate că Forumul este o activitate de sprijinire a comunității, în funcție de procesul de desfășurare, acesta poate fi și o activitate de asistență concretă.
- (d) Artele circului: Acesta poate fi folosit ca o modalitate de exprimare pentru diferite grupe de vârstă. Organizațiile de clovni au fost implicate în situații de urgență în diferite țări, lucrând în special cu copiii și familiile. De exemplu, Clown Science Dreams, în colaborare cu Jesuit Refugee Services, a lucrat la îmbunătățirea rezilienței, a abilităților de dezvoltare personală și a încrederii în sine prin intervenții bazate pe artă, **teatru și activități cu clovni** în Irak.



- (e) Evenimente comunitare cu narațiuni sau alte activități artistice (muzică, dans, printre altele): Aceste evenimente sunt structurate și dezvoltate în mod corespunzător pe baza competențelor artiștilor, profesioniștilor sau amatorilor. Acestea pot fi dezvoltate împreună cu un grup restrâns de părți interesate și de membri ai comunității, pot implica artele tradiționale și pot consta într-un singur spectacol sau concerte, sau din povestiri, sau pot necesita participarea activă a celor prezenți. Acestea sunt activități de susținere comunitară completă. **A se vedea** exemplul privind utilizarea corurilor.
- (f) Practica narativă colectivă, care onorează și se bazează pe abilitățile, poveștile și cunoștințele locale: În numeroase contexte culturale, a vorbi la persoana întâi despre greutăți nu are rezonanță culturală. Metodologiile narrative colective, cum ar fi abordările de tip **Copacul vieții** și **Echipa vieții** permit transmiterea de semnificații prin metafore în moduri diverse și rezonante din punct de vedere cultural. Aceste metodologii culturale populare pot fi abordate nu numai de profesioniști cu pregătire avansată, ci și de lideri cheie ai comunității și ai familiilor, care poate nu au avut privilegiul unei educații sau al unei școlarizări extinse (Denborough, 2008, 2012, 2014; și Ncube, 2006). Acestea sunt atât sprijin comunitar, cât și sprijin direcționat, în funcție de domeniul de aplicare și de obiective.
- (g) Arte vizuale: În diverse medii, artele vizuale au fost utilizate în furnizarea de MHPSS la nivelul comunității, de la pictura murală comunitară la reprezentarea vieții și experiențelor zilnice ale oamenilor prin intermediul imaginilor. Expriarea realităților și ideilor fără cuvinte este un instrument valoros, utilizat frecvent cu copiii și tinerii. Aceasta poate include pictură, desen, ceramică, artă textilă, fotografie, video și alte expresii, în funcție de contextul cultural. Artele vizuale pot fi combinate cu alte intervenții. De exemplu, IOM Nigeria folosește **pictura de portret și povestirile** ca instrumente de facilitare a stimulării autonomiei în rândul populațiilor afectate. IOM Sudanul de Sud a folosit teatrul și realizarea de filme, lucrând cu tinerii afectați de conflicte.
- (h) Evenimente de povestiri: Poveștile reprezintă un instrument eficient de mobilizare a comunităților și de promovare a coeziunii sociale în vederea integrării și vindecării. **Povestirile care relatează experiențe** pot genera înțelegere și au puterea de a-i uni pe oameni în timp ce sunt spuse. Ele acționează la un nivel emoțional profund, de care beneficiază toți participanții: nu numai ascultătorul învață, ci și povestitorul devine conștient de valoarea propriilor experiențe unice și a propriului context, precum și de solidaritatea care poate veni din recunoașterea unor sentimente și experiențe comune sau similare.



Interpretarea Odiseei cu un grup de refugiați sirieni și asistenți psihosociale în Ankara, Turcia. © IOM 2017

Povestirea poate fi verbală, sub forma unui videoclip sau a unei lecturi. Un facilitator poate ajuta persoanele care se întorc să își combine poveștile în diferite narațiuni pe care să le prezinte în public. O nouă formă de povestire este posibilă cu ajutorul tehnologiei. Mass-media digitală joacă un rol din ce în ce mai influent în modelarea atât a percepțiilor, cât și a rezultatelor situațiilor de urgență. Combinația de cuvinte și imagini poate amplifica impactul poveștilor. Un exemplu de implicare a publicului cu ajutorul poveștilor vizuale este oferit **aici** de către IOM. Acestea sunt activități de asistență comunitară, care pot deriva din intervențiile direcționate.



- (i) Arhivele memoriei: În numeroase locuri, de la Kosovo¹ la Columbia, IOM a folosit o abordare care asociază activitățile creative, ritualurile, istoria orală și documentarea. Sprijinirea comunităților în crearea de Arhive ale memoriei, și anume arhive fizice și/sau digitale care colectează amintiri personale, creative, fotografice, jurnale ale experienței de strămutare, care pot fi apoi folosite ca mărturie culturală și ca memorial viu pentru generațiile viitoare. Broșura bazată pe experiențele din Kosovo³ se găsește în lecturi suplimentare. Dezvoltarea noilor suporturi, care permit stocarea și diseminarea amintirilor care nu sunt legate de un spațiu fizic, a schimbat modul în care sunt concepute arhivele. În anul 2017, IOM Indonezia a organizat o cameră de povestiri digitale pentru refugiații și migranții blocați într-un centru pentru migranți. Aceasta a constat într-o cameră dotată pentru producția de scurte videoclipuri autobiografice folosind imagini și voce suprapusă, precum și un scurt tutorial pentru migranții interesați despre cum să realizeze aceste videoclipuri. În anul 2010, IOM Iordania, în coordonare cu Fundația River Jordan, a creat o arhivă online de amintiri ale copiilor refugiați irakieni înscriși la școlile iordaniene. A fost creat un profil pentru fiecare copil, în care au fost incluse fotografii, desene și amintiri, sub supravegherea unui specialist facilitator. Arhiva a stat online timp de cinci ani.
- (j) Ateliere pentru tineri: Un exemplu de atelier pentru tineri se numește „Piece of Art to Arts for Peace” (O piesă de artă pentru artă pentru pace). Aceasta a fost o intervenție interactivă concepută pentru a facilita consolidarea legăturilor între membrii grupului din Sudanul de Sud. Scopul a fost de a reuni grupuri multietnice de copii și tineri strămutați care s-au întâlnit în mod periodic în centrele de resurse de asistență psihosocială, fie în timpul activităților sportive, fie în timpul activităților de bricolaj sau al discuțiilor de grup. În cadrul acestei serii de ateliere, au învățat cum să dezvolte și să încurajeze relațiile, fără a se baza pe competențe verbale sofisticate. Tehnicile specifice au încurajat exprimarea sentimentelor, gândurilor și a dinamicii interpersonale care nu pot fi traduse cu ușurință în cuvinte. Natura interactivă a proiectelor de artă creează un context în care deconectările interpersonale pot fi explorate și înțelese, iar legăturile pot fi sărbătorite, atât prin discuții, cât și prin creațiile artistice.
- (k) Adesea, programele și atelierele îmbină diverse practici și obiective. De exemplu, în Liban, în anul 2013 un grup de adolescente siriene strămutate, care era deja implicat în diverse activități la unul dintre centrele de recreere și consiliere ale IOM, s-a înscris la un atelier cu scopul realizării unui film animat. Atelierul a fost coordonat de un psiholog și de un artist producător de videoclipuri și a combinat elemente artistice, tehnice și autobiografice. După o perioadă inițială, participanții au decis să concentreze atelierul pe elementul autobiografic, menținând doar o mică componentă de animație. Astfel, a apărut videoclipul *Letter from a Refugee* (*Scrisoare de la un refugiat*), care a câștigat premii pentru drepturile omului la concursuri video și a fost tradus în mai multe limbi, pentru a fi folosit ca instrument educațional și

3 Ссылки на Косово следует понимать в контексте резолюции 1244 (1999) Совета Безопасности ООН.

de combatere a stigmatizării, inclusiv în țările în care sirienii urmau să fie relocalizați. Filmul poate fi văzut **aici**.



Caseta 34

Intervenții bazate pe artă în programele academice

IOM include componente de intervenții bazate pe artă și cultură în programele sale de masterat și în alte programe academice pe tema MHPSS în situații de urgență și post-urgență și include artiști printre persoanele care pot participa la aceste cursuri de formare. A se vedea, de exemplu, secțiunea specială a Jurnalului de Intervenție, care conține munca de teren a unora dintre studenții la programul de Diplomă IOM de Asistență Psihosocială și Transformare a Conflictelor, organizată în colaborare cu Universitatea din **Ankara**.



6.5. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Cele mai validate adaptări ale practicilor bazate pe artă în programele de vindecare și de asistență socială - cum ar fi, de exemplu, drama-terapia, terapia prin artă, teatrul playback și Teatrul celor oprimați - se bazează în mare parte pe practicile și tradițiile artistice occidentale. Adaptarea acestora la fiecare cultură în parte nu poate fi considerată ca fiind de la sine înțeleasă și ar trebui să fie discutată cu atenție cu practicienii și comunitățile locale.

Activitățile ar trebui personalizate întotdeauna în funcție de nevoile și preferințele populației țintă, ținând cont de faptul că creativitatea se exprimă în forme diferite în culturi diferite, dar este prezentă în toate culturile. Este posibil ca bărbații adulți să nu se implice în mod semnificativ în activități și spectacole ludice în anumite culturi. Cu toate acestea, alte mijloace artistice - cum ar fi cântatul, interpretarea instrumentală și poezia

orală și scrisă - pot fi considerate potrivite. De asemenea, în timp ce în Occident antrenamentul fizic este primul pas al atelierelor și practicilor bazate pe teatru, femeile din anumite culturi întâmpină dificultăți în a se implica în exprimarea corporală.

Programele MHPSS poate avea două roluri în implicarea în practicile bazate pe artă. Unul dintre acestea este sprijinirea reactivării practicilor culturale și artistice existente, pentru care trebuie să se țină seama întotdeauna de sensibilitatea la conflicte și de incluziune. Celălalt constă în inițierea unor activități specifice de asistență psihosocială cu obiective de bunăstare bazate pe practicile artistice. Pentru aceasta, va fi nevoie de expertiză dedicată în cadrul echipei MHPSS sau al echipei de supraveghere și de cursuri de formare pentru facilitatori, care pot fi artiști calificați, dar care nu dispun de competențele psihosociale necesare sau pot fi lucrători psihosociali fără competențe specifice în domeniul mass-media și al artelor utilizate, care sunt la fel de importante.

Continuitatea este esențială pentru ca aceste intervenții să aibă succes. Sesiunile recreative individuale pot fi distractive, dar cu greu pot atinge obiectivele psihosociale urmărite. Cu toate acestea, sincronizarea și continuitatea, din cauza volatilității situației de securitate, reprezintă adesea o provocare în aceste contexte.

➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Armaghanyan, S.

2018 *Theatre as Psychosocial Approach in Humanitarian Settings*. (Unpublished masters' thesis).
Balfour, M. (ed.)

2013 *Refugee Performance, Practical Encounters*. Intellect, Bristol, United Kingdom.

International Organization for Migration (IOM)

2001 *Archives of Memory: Supporting Traumatized Communities Through Narration and Remembrance*.

Schinină, G.

2004 Here we are. Social Theatre and Some Open Question on its Development.
The Drama Review, 48(3):17–31.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



7. RITUALURI ȘI SĂRBĂTORI





7.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Caseta 35

Video pentru capitol

Următorul capitol este explicat în **acest video** care a fost elaborat în completarea Manualului. Pentru o explicație vizuală a informațiilor prezentate în acest capitol, vă rugăm să vizionați înainte sau după parcurgerea materialului.

Acest capitol se referă la includerea și promovarea ritualurilor și sărbătorilor colective în cadrul unui program CB MHPSS. După o scurtă introducere a funcțiilor pe care le pot avea ritualurile și sărbătorile în cadrul unui program CB MHPSS, acest capitol va prezenta informații practice pentru responsabilii programelor MHPSS cu privire la modalitățile de includere a ritualurilor și sărbătorilor în programarea MHPSS. Deși restabilirea ritualurilor individuale și familiale are un rol important în privința îngrijirii de sine și a bunăstării psihosociale, acest capitol se ocupă doar de ritualurile și sărbătorile colective și comunitare.

Caseta 36

Informații complementare

Orientările operaționale ale UNICEF: *Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității, în contexte umanitare: Asistență pentru copii și familii pe trei niveluri (UNICEF, 2018)* oferă îndrumări cu privire la sprijinul acordat comunităților pentru restabilirea ritualurilor sau a evenimentelor culturale (de exemplu, evenimente de comemorare pentru a favoriza vindecarea comunității, festivaluri culturale sau sărbători religioase), împreună cu vindecătorii sau liderii tradiționali, după **caz**. Informațiile conținute în acest capitol completează informațiile cuprinse în Orientările UNICEF din punct de vedere programatic.

În perioada de după o situație de urgență, ritualurile și sărbătorile pot îndeplini mai multe funcții. Prin reguli și scenarii codificate, mișcări ritualizate, narațiuni învățate și imagini și practici simbolice:

- Acestea oferă ocazii pentru exprimarea codificată a emoțiilor negative individuale și a reacțiilor emoționale pozitive.
- Contribuie la depășirea izolării și ajută oamenii să socializeze și să împărtășească.
- Folosindu-se de metafore, imagini, personaje înrădăcinate în tradiții, acestea permit oamenilor să comunice experiențele negative într-un mod mai sigur, indirect.
- Fiind învățate și repetate de generații întregi, ajută la contextualizarea suferinței actuale în istorie și patrimoniu, asigurând continuitate și o perspectivă.
- Acestea pot oferi cadre interpretative pentru situații personale și colective dificile. Poveștile, legendele, dramele rituale puse în scenă, cântecele, proverbele și scripturile, toate conțin elemente de reflecție asupra condiției umane care pot, de asemenea, să facă lumină asupra problemelor actuale.
- Acestea îi ajută pe oameni să se reconecteze cu ei înșiși, cu familiile lor, cu comunitățile de origine și cu comunitățile gazdă.
- Ritualurile pot reprezenta, valida și însoți transformările. Funcția de transformare este inerentă ritualurilor, care sunt adeseori ritualuri de trecere - cum ar fi căsătoriile, sărbătorile sezoniere, inițierile și înmormântările - toate acestea reflectând recunoașterea socială a schimbării unei stări personale.
- În plus, în situații caracterizate de perturbări care au divizat comunitățile, acestea pot ritualiza experiențele de violență, strămutare și relocare și pot celebra rezistența comunităților. Sărbătorirea sosirii în tabere și închiderea acestora, noi ritualuri interculturale - împreună cu comunitățile gazdă - pot contribui la bunăstarea populațiilor afectate.

Caseta 37

Exemplu din comunitatea Yazidi din Irak

În perioada 2015–2016, comunitatea Yazidi din regiunea nordică a Irakului le-a primit înapoi pe femeile yazidi care fuseseră răpite și supuse sclaviei sexuale de către ISIS, folosind ritualuri tradiționale de curățare, ceea ce le-a permis să fie reintegrate pe deplin în familii, cu ajutorul unei forme tradiționale. Acesta este un exemplu de ritual colectiv de tranziție folosit pentru a face față adversităților legate de război (pentru mai multe informații, faceți click [aici](#) și [aici](#)).



 **7.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPS**

Responsabilii programelor psihosociale nu vor desfășura sau organiza ei înșiși ritualuri și sărbători. Cu toate acestea, ar trebui să conceapă și să pună în aplicare programe care să permită sprijinirea ritualurilor și a sărbătorilor sub diferite forme, care vor fi descrise mai jos.

7.2.1 Facilitarea practicilor existente sau reactivarea practicilor întrerupte

7.2.1.1 Cartografierea tipurilor de ritualuri și sărbători cu liderii și informatorii din cadrul comunității

Ritualurile și sărbătorile pot fi religioase sau nereligioase. Atât ritualurile și sărbătorile religioase, cât și cele nereligioase pot fi zilnice (de exemplu, rugăciunile zilnice ale musulmanilor sau ridicarea drapelului), săptămânale (de exemplu, slujbele de duminică sau adunările vârstnicilor), anuale (de exemplu, Eid, Crăciun, Ziua Muncii, Ziua Independenței), ocazionale (de exemplu, nunți, înmormântări), periodice (de exemplu, inițieri, ajungerea la majorat). Este important ca, încă de la începutul unui program de asistență psihosocială, să se întocmească un calendar al ritualurilor și sărbătorilor care pot fi organizate sub formă de calendar, pentru a înțelege amploarea angajamentelor financiare și de personal necesare. De reținut:

- Deplasările (dar, în unele cazuri, și adunările publice) refugiaților, ale persoanelor strămutate intern (IDP) și ale migrantilor în afara taberelor și a centrelor necesită autorizații și coordonare cu forțele de securitate, pentru obținerea cărora ar putea fi nevoie de timp și de eforturi.
- Ritualurile și sărbătorile ar trebui să fie analizate împreună cu liderii comunității, pentru a identifica posibilele încălcări ale drepturilor omului și pentru a stabili în mod clar ceea ce programul poate sprijini sau nu și de ce.

Tabelul 3: Exemple de ritualuri

Exemple de ritualuri	
Ritualuri personale	<ul style="list-style-type: none"> • Cafeaua de dimineață. • Rutine la culcare, cum ar fi poveștile sau rugăciunile. • Practici religioase personale. • Ritualuri de confort/gestionarea stresului.
Ritualuri sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Ospitalitate: Ceremonia cafelei, mesele, „bunele maniere”, salutul și despărțirea, relațiile cu oaspeții. • Activități cu prietenii: Ceai și șah, plimbări prin baruri, dans, sport. • Organizarea sărbătorilor, a zilelor de naștere, a zilelor onomastice. • Memorializarea evenimentelor. • Prezentarea „sinelui”, cum ar fi atitudinea, postura, modul de abordare a celorlalți. • Relațiile și activitățile familiale.
Ritualuri religioase	<ul style="list-style-type: none"> • Rugăciuni și pregătirea pentru rugăciune. • Ritualuri de devoțiune: postul, abținerea de la x, izolarea, pomana, cultul, hrana specială. • Celebrarea zilelor sfinte, a festivalurilor. • Memorializarea. • Predicare/închinare. • Crearea de sanctuare/altare/locuri de devoțiune. • Promovarea persoanelor care au anumite daruri sau pregătire pentru a fi lideri pentru alții.
Ritualuri culturale	<ul style="list-style-type: none"> • Ritualuri de inițiere/apartenență. • Ritualurile de apartenență la un grup: Grupuri politice, comportament de bandă. • Comportamentul simbolic. • Îmbrăcămintea/coafura ca reflectare a identificării grupului. • Cetățenia sau apartenența etnică. • Dezvoltarea artelor, inclusiv a cântecului, a dansului, a artelor vizuale, a meșteșugurilor. • Împărtășirea istoriei/poveștilor grupului. • Transmiterea tradițiilor între generații.
Rituri/ritualuri ale evenimentelor de viață (culturale, tradiționale sau religioase)	<ul style="list-style-type: none"> • Recunoașterea faptului că o persoană s-a schimbat, prin urmare poziția socială/relațiile se schimbă. • Ritualuri de trecere de la un stadiu la altul. Uneori includ supraviețuirea sau recuperarea în caz de dezastru. • Nașteri și botezuri. • Pubertatea și inițierea la maturitate. • Căsătorie.
Ritualuri de doliu, pierdere, dezastre	<ul style="list-style-type: none"> • Adunare de oameni pentru a jeli. • Sprijin pentru prietenii și familiile celor îndurerăți. • Ceremonie publică, manifestare publică de sentimente, procesiuni. • Rugăciuni. • Aprinderea de lumânări, aducerea de flori. • Mâncare, mese comune. • Ritualuri de cinstire a strămoșilor.

Caseta 38

Ritualuri religioase

În primele etape ale unei situații de urgență, ar trebui să aibă loc ritualuri religioase, cum ar fi rugăciunile publice și ritualurile legate de ciclul vieții - majoratul, căsătoriile și, cel mai important, ritualurile de doliu. Faceți click [aici](#) pentru mai multe informații, și vizualizați [acest video](#) în care sunt evidențiate modalitățile prin care programele MHPSS s-au adaptat la pandemia COVID-19 atunci când au lucrat cu comunitățile care au trecut prin suferință și pierdere.



În general, furnizarea de echipamente ad-hoc - cum ar fi proiectoare de date, ecrane, sisteme de sunet, instrumente tradiționale, papetărie, scaune sau aranjamente necesare pentru ședere, lumini și lumânări - ar putea sprijini considerabil desfășurarea ritualurilor religioase și a adunărilor publice într-o atmosferă caldă și favorabilă. Este important ca toate grupurile religioase și etnice/culturale prezente într-o tabără sau într-o comunitate să fie reprezentate, folosind întotdeauna o abordare sensibilă la conflicte (a se vedea capitolul despre **Integrarea asistenței în domeniul sănătății mintale și a sprijinului psihosocial în transformarea și medierea conflictelor**).



7.2.1.2. Identificarea și recondiționarea (sau pregătirea de noi) amplasamente și locații

Printre acestea se numără, de exemplu, moschei, biserici, temple, săli de ședință, primării, școli, muzee, cinematografe și teatre, unde ritualurile religioase și adunările colective civice pot fi organizate în spații sigure și primitoare. În cazul în care astfel de locații nu sunt disponibile în apropiere, proiectul ar putea lua în considerare înființarea unor spații temporare dedicate (corturi, rulote, umbrare) sau închirierea/reabilitarea structurilor disponibile în acest scop. Este important să se recreeze o împrejmuire simbolică a acestor spații, chiar și cu obiecte simple, cum ar fi garduri, alei, panouri, imagini, plante și decorațiuni.

7.2.1.3 Cartografierea și implicarea organizațiilor religioase, civice și culturale și a liderilor acestora

Ar trebui identificați lideri religioși, artiști și activiști culturali, din cadrul și din afara grupurilor de interes, care sunt dispuși să colaboreze cu proiectul psihosocial pentru organizarea de ritualuri și întruniri și pentru promovarea participării, pe baza unor proceduri și obiective convenite. Dacă există, responsabilii de program ar trebui să caute în mod activ colaborarea cu congregațiile religioase, centrele culturale și organizațiile religioase și civice pentru a oferi personalului și voluntarilor acestora cursuri de formare în domeniul MHPSS. Acestea includ atât persoanele strămutate, cât și din comunitățile gazdă. În cazul în care se consideră adecvat, ar trebui să se stabilească parteneriate cu acestea pentru realizarea în comun a acestor activități.



7.2.1.4 Facilitarea incluziunii

Responsabilii de programe ar trebui să faciliteze includerea persoanelor și familiilor care ar putea întâmpina dificultăți în ceea ce privește accesul la adunările publice și la locurile religioase. Printre exemple se numără:

- Asigurarea sau subvenționarea transportului;
- Asigurarea traducerilor (și a interpreților de semne, dacă este necesar);
- Utilizarea unor locuri accesibile;
- Posibilitatea participanților de a fi însoțiți de o persoană de sprijin;
- Invitarea explicită a grupurilor de persoane marginalizate să participe.

Cu ocazia comemorărilor civice, a campaniilor publice sau a schimburilor ceremoniale de cadouri, ar trebui să se urmărească întotdeauna o participare mixtă și includerea diferitelor subgrupuri.

Ritualurile și sărbătorile pot fi, de asemenea, folosite pentru a diviza și a exclude, iar acest lucru trebuie să fie evaluat încă de la începutul **programului**.



7.2.1.5 Mobilizarea părților interesate și a partenerilor

Autoritățile locale, administratorii de tabere, liderii de secție, profesorii, jurnaliștii, artiștii și activiștii media ar trebui implicați încă de la începutul activității. Oportunitatea activităților, a etapelor de proiectare și de punere în aplicare, a resurselor financiare și materiale disponibile, a sprijinului logistic și a autorizațiilor ar trebui să fie discutate și coordonate cu aceștia. În cazul în care se consideră necesar, pot fi înființate comitete ad-hoc pentru organizarea ritualurilor civice și religioase, însă este posibil ca cele religioase să respecte procedurile consacrate, în special în ceea ce privește subiectul incluziunii. Este o bună practică să se mobilizeze grupurile și persoanele în organizarea acestor evenimente (de exemplu, tinerii, cercetașii, capii de familie, liderii femeilor și actorii religioși).

Caseta 39

Siguranță și protecție

Este posibil ca participanții să aibă nevoie să fie liniștiți în ceea ce privește siguranța și protecția lor, față de riscul provocărilor interne și externe. Nu numai că ar trebui să se asigure siguranța și securitatea, dar participanții ar trebui să fie conștienți că astfel de măsuri sunt în vigoare.

7.2.1.6 Implicarea adecvată a personalului

În mod ideal, în cadrul echipelor PMT multidisciplinare, există un membru care are sarcina de a învăța din credințele religioase și spirituale ale comunităților, din narațiunile și iconografia tradiționale, din calendarele rituale și civice (de exemplu, activiști culturali și media, profesori, cercetători și artiști). Este probabil ca echipele PMT să fie formate din profesioniști cu origini etno-religioase și statut social diferite, precum și cu diferențe de gen, vârstă și opinii politice. Prin urmare, este important de discutat, ca o etapă preliminară, modalitățile de implicare a acestora în ritualuri și sărbători. În special în cazul ritualurilor religioase și al adunărilor publice, care ar putea necesita mobilizarea completă a echipei, este important să se coordoneze rolurile și atribuțiile în funcție de competențele profesionale, atitudinile sociale și apropierea culturală de populațiile afectate. Membrii personalului care nu se simt în largul lor sau care consideră că prezența lor ar putea obstrucționa buna desfășurare a activității ar trebui să fie liberi să nu faciliteze sau să nu participe. Discuțiile cu și în cadrul echipelor după realizarea ritualurilor și a activităților de celebrare ar trebui încurajate de către supraveghetorii psihosociali ca o bună practică managerială și ca un exercițiu al lecțiilor învățate.



Ceremonie de vindecare cu femeii Rohingya în Cox' Bazar, Bangladesh. © IOM 2018

7.2.2 Promovarea unor activități suplimentare și a unor ritualuri și sărbători noi

7.2.2.1. Promovarea reactivării ritualurilor și a sărbătorilor

După o evaluare preliminară a celor mai adecvate ritualuri religioase și sărbători civice recunoscute de comunitate, în funcție de obiectivele specifice, de etapele situației de urgență și de grupurile-țintă, ar trebui identificate diferite seturi de activități (de exemplu, rugăciuni publice, marșuri la lumina lumânărilor, pelerinaje și vizite la locuri simbolice, înmormântări, nunți, sărbători anuale și comemorări, concursuri de povestiri și poezii, dezbateri radiofonice și evenimente de socializare) pe care proiectul își propune să le sprijine direct, fie pentru că lipsesc, fie deoarece sunt considerate deosebit de importante. Ar trebui să se acorde o atenție deosebită testării unora dintre ipotezele privind efectele pozitive ale activității specifice asupra bunăstării participanților prin discuții cu liderii religioși, activiștii culturali și membrii selectați ai comunităților. **A se vedea** un exemplu privind cinele Iftar organizate de comunități în Turcia.

7.2.2.2. Promovarea unor noi sărbători

În cadrul unui dialog strict cu liderii religioși și activiștii civici, programul MHPSS ar putea promova noi sărbători ritualice, printre care:

- Aniversarea zilei în care a avut loc strămutarea;
- Deschiderea, aniversarea sau închiderea unei tabere sau a unei zone de tranzit;
- O zi de celebrare a relațiilor dintre comunitatea strămutată și comunitatea gazdă;
- Sărbători interconfesionale bazate pe alcătuirea religioasă a taberei, a comunității strămutate și a comunității gazdă.

7.2.3 Legături cu sportul, activitățile culturale creative și educația informală

Pregătirea principalelor sărbători și ritualuri poate fi legată de evenimente sau activități sportive, cum ar fi turneele și concursurile. Ritualul și celebrarea pot fi legate de alte activități creative susținute sau legate de program. De exemplu, pot fi organizate seminare, spectacole de teatru, muzică, dansuri tradiționale și alte dansuri, lecturi de poezii și povestiri, precum și expoziții de fotografie și artă, în timpul sau în jurul sărbătorilor. În plus, ritualurile și sărbătorile pot fi folosite pentru a promova grupurile de sprijin și alte activități ale programului.

7.2.4 Documentație

Multe dintre aceste evenimente ar putea dobândi relevanță istorică și ar trebui să fie documentate corespunzător în cadrul proiectului. Este important să se arhiveze:

- Fotografii și înregistrări video realizate de participanți, membri echipelor PMT și mass-media;
- Materiale tipărite, cum ar fi broșuri și postere;
- Documentare profesionale.



Unele dintre aceste documente vor popula în mod corespunzător **Arhivele memoriei**.

→ 7.3. STUDIU DE CAZ

În urma cutremurului din 2010 din Haiti, în timpul slujbelor, unii preoți creștini puneau cutremurul pe seama comportamentului anterior al credincioșilor lor, caracterizat prin nerespectarea strictă a prescripțiilor religioase. În schimb, viziunea cosmologică a lumii legată de tradiția voodoo a ajutat indivizii și comunitățile să dea o valoare transcendentă cutremurului, permițându-le să atribuie mai ușor o semnificație consecințelor sale. Multe familii care cred în Voodoo au fost destul de îngrijorate de imposibilitatea de a îngropa cele aproximativ 80.000 de cadavre care nu au putut fi găsite, deoarece în credința Voodoo, ritualurile funerare sunt extrem de importante pentru a determina bunăstarea persoanei în viața de apoi, dar și posibilitatea acesteia de a mai relaționa cu lumea celor vii. Din acest motiv, IOM, mai întâi în mod individual și apoi sub egida Grupului de lucru al IASC în domeniul MHPSS, a promovat un forum interconfesional al liderilor religioși. Forumul a dus la sensibilizarea în legătură cu consecințele psihologice ale blamării preoților din țară, la crearea și diseminarea unor mesaje comune de susținere și mai ales la elaborarea unui ghid, agreat de toate părțile, pentru realizarea ritualurilor funerare în absența cadavrelor, precum și pentru organizarea unor astfel de ritualuri colective în mai multe tabere.



7.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Atunci când sărbătorile publice și ritualurile religioase sunt asociate cu amintiri dureroase, resentimente profunde și semnificații contestate, includerea lor într-un program de asistență psihosocială ar trebui planificată cu atenție, pentru a preveni asocierea strânsă a acestora cu intervențiile psihosociale cu poziții antagoniste, partizane și politizate. Deosebit de sensibile în situații de urgență pot fi sărbătorile martirilor și ale veteranilor, precum și comemorările bătăliilor, ale exodurilor și ale genocidelor.

Ritualurile și sărbătorile religioase pot fi o sursă de conflict în anumite contexte, iar acest risc trebuie evaluat. Angajarea vindecătorilor tradiționali și practicienilor de ritualuri ar trebui, de asemenea, să se realizeze cu cea mai mare precauție.

Este posibil ca participanții să nu se simtă în largul lor cu privire la documentarea ritualurilor acestora. Ca în orice activitate, aceștia trebuie consultați înainte de a face fotografii sau de a înregistra evenimentul.

De multe ori, ritualurile sunt folosite pentru a diviza și a exclude, în special în situații de conflict. O evaluare atentă a posibilei utilizări instrumentale a ritualurilor pentru exacerbarea conflictului și a excluziunii trebuie efectuată în cadrul unui program MHPSS înainte de implicarea în aceste sărbători specifice. Pentru orientări suplimentare, a se vedea **aici**.

Evaluarea impactului ritualurilor și al sărbătorilor se poate dovedi dificilă. Mecanismele de evaluare și de feedback pot fi utilizate pentru a se asigura că activitatea are un impact pozitiv asupra bunăstării persoanelor vizate.



→ LECTURI SUPLIMENTARE

International Organization for Migration (IOM)

2018c *Psychosocial Support and Dialogue in the Syrian Arab Republic and Lebanon*. IOM, Geneva. Schininà, G.

2004a *Cursed Communities, Rituals of Separation and Communication as Vengeance. A Redefinition of Artistic Interventions in War and War-Torn Societies*. In: *War Theatres and Actions for Peace* (C. Bernardi, M. Dragone and G. Schininà, eds.). Euresis, Milan.

University of Oxford Refugee Studies Centre

2013 *Local faith communities and the promotion of resilience in humanitarian situations: A scoping study* (E. Fiddian-Qasmiyeh and A. Ager, eds.). Working Paper No. 90.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



8. SPORT ȘI JOCURI



➔ 8.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Sportul și jocul fac parte integrantă din experiența culturală și relațională a unei comunități și pot contribui la protejarea și promovarea sănătății mintale și a bunăstării psihosociale a indivizilor și grupurilor, indiferent de sex, vârstă și statut social.

Sportul poate fi definit drept o formă organizată și de obicei competitivă de activitate fizică, în timp ce jocul poate fi descris ca implicarea într-o activitate recreativă cu scop de distracție. Jocul poate fi atât fizic pasiv, cât și activ, iar în contextul acestui capitol, jocul va fi menționat în forma sa activă. Este important de diferențiat între sport, joc, activitate fizică și exerciții fizice. Activitatea fizică poate fi descrisă drept orice mișcare corporală, în timp ce exercițiul fizic este un subset al activității fizice care este structurat și deliberat. Astfel, sportul, jocul și exercițiile fizice pot fi toate forme de activitate fizică. Pentru mai multe informații și recomandări privind activitatea fizică și rezultatele în materie de sănătate, a se vedea **aici**.



Importanța activității fizice asupra sănătății mintale și a bunăstării psihosociale poate fi observată în relația **bi-direcțională** și de cauzalitate dintre sănătatea fizică și cea mentală și prin intermediul efectelor **preventive și de protecție** pe care activitatea fizică le poate avea asupra suferinței psihosociale. În plus, persoanele care se confruntă cu o sănătate mentală precară prezintă un risc semnificativ mai mare de boli cardio-metabolice și se pot confrunța cu un risc mai mare decât media de **rate de mortalitate prematură**.



Sportul și jocurile sunt activități adânc înrădăcinate care sunt întotdeauna prezente, într-o formă sau alta, în orice comunitate. Deoarece fac parte din interacțiuni și comportamente învățate și sunt ușor de reprodus, ele sunt adesea reproduse spontan chiar și în situații de urgență și de strămutare. Prin urmare, acestea reprezintă un mijloc puternic de sprijinire a interacțiunilor dintre membrii comunității în situații de urgență, precum și o modalitate de implicare a comunităților și a subgrupurilor acestora în **programe MHPSS**.

Sportul și jocurile sunt esențiale pentru dezvoltarea fizică și psihologică a copiilor, deoarece, prin intermediul jocului, copiii se exprimă și se exteriorizează într-un mediu sigur, învață cum să se conecteze și să coopereze cu ceilalți și pot da o structură simbolică experiențelor trăite. Jocurile sunt, de asemenea, spații de explorare și de rezolvare a problemelor și instrumente educaționale pentru adulți.





Jocuri în aer liber. Centrul recreativ și social Dari, Misrata, Libia. © IOM 2013/Stefano SPESSA

În acest sens, sportul și jocurile îi pot ajuta pe indivizi să își dezvolte reziliența. Mai multe informații pot fi găsite [aici](#).



Caseta 40

Bunăstarea și reziliența copiilor

Bunăstarea descrie starea pozitivă în care se află o persoană care se simte bine. La copii, aceasta rezultă din interacțiunea aspectelor fizice, psihologice, cognitive, emoționale, sociale și spirituale care influențează capacitatea unui copil de a crește, de a învăța și de a se dezvolta la potențialul său maxim. În activitatea MHPSS, bunăstarea este de obicei înțeleasă prin raportare la trei domenii:

1. **Bunăstarea personală:** Gânduri și emoții pozitive, cum ar fi speranța, calmul, stima de sine și încrederea în sine;
2. **Bunăstarea interpersonală:** cultivarea relațiilor, un sentiment de apartenență, capacitatea de a de a fi aproape de ceilalți;
3. **Competențe și cunoștințe:** Abilități de interacțiune eficientă cu ceilalți, de a face față suferinței și de a căuta informații.

Sursa: Programul de reziliență pentru copii (IFRC și [Save the Children](#)).

Pentru informații suplimentare privind dezvoltarea, bunăstarea și reziliența copiilor, nu numai în legătură cu activitățile sportive, a se vedea [aici](#).



La nivel comunitar, în domeniul umanitar, există dovezi care arată că sportul și jocurile, precum și alte activități recreative și structurate, pot reprezenta instrumente puternice pentru incluziunea socială, coeziunea socială, transformarea conflictelor și crearea unui sentiment puternic de comunitate și de **coeziune**. Acestea pot contribui, de asemenea, la restabilirea unui sentiment de normalitate, ajutând la continuarea procesului de dezvoltare.



Din punct de vedere psihosocial, sportul și jocul pot acționa în mod organic asupra mai multor componente ale sănătății mintale și ale bunăstării psihosociale, deoarece antrenează dimensiunile fizică, psihologică, socială și culturală în aceleași acțiuni.

În **piramida** IASC a intervențiilor MHPSS în situații de urgență, sportul și jocurile sunt, de obicei, incluse în cel de-al doilea nivel de intervenție (sprijinul familial și comunitar). Cele mai multe activități sportive și de joacă spontane și generice vor fi, de fapt, oferite tuturor membrilor comunității.



Cu toate acestea, sportul și jocurile pot fi, de asemenea, activități direcționate la cel de-al treilea nivel de intervenție, de exemplu, prin ateliere de terapie prin joc axate pe probleme psihologice sau prin desfășurarea de activități sportive care au ca scop facilitarea reabilitării fizice și psihologice a categoriilor vulnerabile, de exemplu a persoanelor cu amputări, printre altele. În unele cazuri, sportul și jocurile pot fi utilizate ca parte sau ca o completare a diferitelor forme de psihoterapie la cel de-al patrulea nivel de intervenție (ceea ce este valabil pentru conștientizare, precum și pentru terapia cognitiv-comportamentală, terapia prin artă și altele).

Caseta 41

Puncte de atenție

Pentru sporirea posibilității de a obține rezultate în domeniul MHPSS și al protecției, este esențial să se aibă în vedere, încă din etapa inițială, câteva puncte de atenție, cum ar fi:

- Cum sunt percepute sportul și jocurile de către comunitate? De către copii și tineri? De către femei și bărbați?
- Ce activități se desfășurau în trecut? Au fost aceste activități incluzive din punct de vedere al genului, vârstei și dizabilității?
- Care au fost principalii actori implicați în promovarea și susținerea activităților sportive și de joacă (ONG-uri, școli, cluburi de tineret, moschei, biserici, centre sportive și culturale, instituții private și/sau federații sportive)?
- Există riscuri potențiale legate de susținerea și stimularea jocurilor și sporturilor (cum ar fi diviziunile culturale, încălcarea drepturilor omului, probleme de gen, printre altele)?
- Există norme sociale care interzic participarea anumitor grupuri?
- Pot fi sportul și jocurile un eventual răspuns la nevoile unei anumite comunități?
- Care sunt resursele existente?
- Care este impactul situației de urgență asupra organizării și punerii în aplicare a activității planificate (de exemplu, a se vedea capitolul despre **Integrarea asistenței în domeniul sănătății mintale și a sprijinului psihosocial în transformarea și medierea conflictelor**)?

Pentru mai multe informații, a se vedea **aici**.



Sportul și jocurile sunt strâns legate de ritualuri și activități culturale, deoarece:

- Sportul și jocurile pot fi folosite pentru sărbătorirea ritualurilor.
- Ritualurile au propriile protocoale codificate care includ de obicei jocuri sau reprezentări.
- Evenimentele sportive pot deveni ritualuri în nume propriu.

Acestea sunt, de asemenea, interconectate cu educația informală, deoarece:

- Educația informală poate viza psihomotricitatea și diferite forme de sport.
- Jocurile și joaca pot consolida abilitățile de viață.
- Jocurile și joaca pot fi folosite ca metodă de învățare.



În cele din urmă, relația dintre sport și jocuri, precum și dintre teatru și alte activități bazate pe artă este clară, deoarece toate se referă la acțiunea de a juca, în care acestea reprezintă diferite forme și manifestări. Informații suplimentare, inclusiv definiția și cadrul operațional pentru utilizarea sportului în situații post-dezastru, pot fi găsite **aici**.

8.1.1 Principii de bază în organizarea activităților sportive și a jocurilor

În proiectarea și punerea în aplicare a activităților sportive structurate și cu obiective psihosociale specifice, responsabilul MHPSS ar trebui să integreze principiile cuprinse în Tabelul 4.

Tabelul 4: Sportul și jocurile în principiile MHPSS

<p>Participare semnificativă</p>	<p>Dintr-o perspectivă psihosocială, pentru a face și mai semnificativă participarea la sport și jocuri, este important să se organizeze înainte și după discuții referitoare la schimbările pe care activitățile le-au promovat la nivelul individului (stima de sine, sentimentul de putere, frustrări) și al comunității (sentimentul de joacă împreună, explorarea de noi reguli și sensuri pentru antagonism și cooperare). Participarea ne semnificativă, mai ales în situații de urgență, ar fi cea care derivă din concentrarea pe antagonism.</p>
<p>Dezvoltarea capacităților</p>	<p>Competențele care facilitează procesele sportive, în cadrul unui program psihosocial, includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competențe personale; • Competențe sociale (comunicare, ascultare; negociere, gestionarea conflictelor; lucru în echipă, empatie; abordări motivaționale); • Competențe metodologice, care cuprind: <ul style="list-style-type: none"> - Cunoașterea tehnicilor sportive specifice; - Competențe MHPSS; - Competențe pedagogice. <p>În situații de urgență, este posibil ca aceste abilități să necesite să fie reînprospătate sau învățate, deoarece provocările contextului de urgență determină necesitatea unor noi capacități personale, sociale și tehnice, precum și a unor noi practici sportive.</p>
<p>Sensibilitatea la context</p>	<p>Activitățile sportive ar trebui să fie sensibile la dimensiunile culturale și spirituale ale indivizilor și familiilor, la contextele socioeconomice și politice ale situației de urgență, precum și la dinamica subculturală și a conflictelor.</p>
<p>Incluziune</p>	<p>În domeniul sportului, incluziunea se traduce, din punct de vedere programatic, printr-o serie de practici care vizează „îmbunătățirea accesului, participarea la orice arenă care găzduiește sport și activitate fizică și reducerea excluderii din aceasta”. Prin urmare, ar trebui luate inițiative proactive pentru a asigura participarea persoanelor marginalizate sau segregate, alături de semenii lor. Printre grupurile care riscă să fie lăsate pe dinafară se numără adulții și copiii din toate categoriile de dizabilități, inclusiv dizabilități cognitive, femeile și fetele, precum și vârstnicii și tinerii aparținând diferitelor subgrupuri. O metodologie viabilă de acordare a incluziunii în activitățile sportive poate fi găsită aici.</p>
<p>Sustenabilitate</p>	<p>Acest lucru este în principal cuantificat prin măsura în care înțelegerea și abilitățile MHPSS au fost integrate în practicile sportive ale unei comunități.</p>



8.1.2 Categoriile de sport și jocuri

Există diferite moduri de clasificare a activităților sportive și de jocuri, inclusiv activități structurate sau nestructurate. Indiferent de modul în care alegeți să le clasificați, este esențial ca sporturile și activitățile să aibă ca scop sprijinirea bunăstării psihosociale și să fie selectate și puse în aplicare în moduri care să țină cont de toate tipurile de mișcări și abilități și să includă considerații legate de vârstă, sex, situație economică și cultură, printre alți factori.

Jocurile și antrenamentele sportive trebuie organizate în cadrul unui program și al unor sesiuni. Un plan propus este cel care prevede un obiectiv principal pentru fiecare sesiune. În fiecare sesiune, se discută și se convine asupra obiectivului, apoi va avea loc o încălzire, exerciții și antrenamente de bază, o relaxare și o dezbatere/discuție.

Activitățile pot fi:

- Individuale/de grup;
- În aer liber/în interior;
- Aerobic/non-aerobic;
- Bazate pe tehnologie.

Activitățile sportive care trebuie selectate ar trebui să se bazeze în primul rând pe ceea ce există deja în cadrul comunității. Cu toate acestea, sportul și jocurile ar trebui considerate, de asemenea, o ocazie de a inova și de a asculta nevoile și solicitările venite din partea comunității. De exemplu, skateboardingul a fost folosit în Afghanistan în cadrul unui program deosebit de inovator pentru **emanciparea** fetelor.



→ 8.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Responsabilii MHPSS nu vor desfășura direct activități sportive, ci mai degrabă vor concepe, supraveghea și gestiona programe care ar trebui să creeze un spațiu pentru utilizarea sportului și a jocurilor în vederea îndeplinirii obiectivelor legate

de aspectele psihosociale la diferite niveluri de intervenție. Activitățile vor fi implementate în principal de către echipele PMT. *Orientările operaționale ale UNICEF: Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității, în contexte umanitare: Asistență pentru copii și familii pe trei niveluri (UNICEF, 2018)* are în vedere practici de incluziune și participare a copiilor și a familiilor acestora la activitățile și evenimentele sportive.



Sugestiile de mai jos urmăresc să completeze informațiile din punct de vedere programatic și să adauge link-uri către instrumente relevante.

Ca și în cazul activităților de creație și bazate pe artă, activitățile sportive susținute și promovate de un program MHPSS pot fi împărțite în „generate de comunitate”, „facilitate de program” și „generate de program”. Pentru o explicație a acestor termeni, faceți click **aici**.



Etapile practice de includere a activităților sportive și de jocuri într-un program MHPSS vor include:

- (a) Cartografierea activităților sportive și a jocurilor existente în rândul comunității strămutate și afectate, inclusiv a activităților pe care obișnuiau să le facă, dar pe care nu le pot desfășura în prezent din cauza strămutării de urgență.
- (b) Cartografierea activităților sportive și a jocurilor existente în cadrul comunității gazdă, inclusiv a celor care ar putea implica cu ușurință comunitățile strămutate și afectate de situații de urgență.
- (c) Identificarea și selectarea activităților sportive și a jocurilor pentru sprijinirea și implicarea persoanelor cu probleme în program: Sprijin pentru activitățile sportive și jocurile generate de comunitate poate include:
 - (i) Materiale sportive;
 - (ii) Echipamente sportive;
 - (iii) Alte tipuri de sprijin în natură;
 - (iv) Antrenament;
 - (v) Securizarea instalațiilor și a accesului la acestea;

- (vi) Includerea activității sportive într-un mecanism de îndrumare;
- (vii) Crearea de oportunități de relaționare între activitățile sportive, cum ar fi ligile, antrenamentele comune și forumurile.
- (d) Diseminarea informațiilor privind impactul sedentarismului asupra sănătății fizice și mintale. Comportamentul sedentar poate fi asociat cu rezultate negative în ceea ce privește sănătatea mintală, iar informarea comunităților cu privire la consecințele comportamentului sedentar poate duce la îmbunătățiri.
- (e) Punerea în aplicare a unor activități sportive suplimentare facilitate de program în cadrul programului, consolidând capacitatea realităților existente, cu obiectivul specific de a răspunde nevoilor psihosociale identificate (niveluri ridicate de suferință, lipsă de coeziune socială): În acest caz, obiectivele clar definite ale programului vor fi influențate de tipul de sport/intervenții selectate și, la rândul lor, vor influența tipul de sport/intervenții selectate.
- (f) Activități sportive de grup care nu fac parte din activitățile sportive și jocurile obișnuite utilizate într-o comunitate, dar care răspund unor obiective psihosociale specifice sau unor nevoi generate de situații de urgență: În acest

caz, obiectivele ar trebui să reflecte și să se reflecte în tipul de sport, în contextul local, în stadiul situației de urgență și în nevoile psihosociale care au fost identificate și prioritizate prin intermediul evaluărilor. Acestea ar trebui stabilite în cadrul unei abordări participative.

- (g) Luarea în considerare a barierelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități la planificarea activităților sportive și a jocurilor, pentru a le face incluzive.
- (h) Includerea persoanelor de interes în selectarea activităților și în elaborarea unui program.

8.2.1 Dezvoltarea capacităților

Proiectarea și organizarea dezvoltării capacităților pentru antrenorii, organizatorii și voluntarii identificați constituie pași cheie pentru responsabili, care ar trebui să fie implementați pentru a sprijini înființarea de activități și, de asemenea, pentru a menține calitatea activităților, prin acordarea de sprijin continuu cursanților. Acestea pot fi introductive sau specializate, în funcție de nevoi și de capacitatea preexistentă. Antrenamentele ar trebui întotdeauna însoțite de sprijin și supraveghere permanentă. Tabelul 5 este o reinterpretare a celui care poate fi găsit [aici](#).



Competențele tehnice ale antrenorilor ar trebui să fie dezvoltate în paralel cu competențele MHPSS ale acestora. Acestea din urmă reprezintă o condiție prealabilă pentru consolidarea competențelor celorlalți. În plus, instruirea poate varia în funcție de nivelurile de complexitate, în funcție de capacitatea existentă.

Tabelul 5: Pași cheie pentru ca responsabilii să sprijine înființarea de activități

<p>Înscriere</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faceți o listă a competențelor existente și necesare pentru antrenori și facilitatori. • Elaborați o strategie de recrutare a personalului care să implice comunitatea. • Selectați antrenori din comunitatea locală ori de câte ori este posibil. • Implicați un număr egal de antrenori de sex feminin și masculin, acolo unde este posibil.
<p>Instruire/ sprijin permanent</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruiți toți antrenorii/facilitatorii cu privire la MHPSS de bază (de exemplu, folosind acest instrument), PFA, abordări motivaționale și medierea conflictelor la scară mică (a se vedea capitolul Integrarea asistenței în domeniul sănătății mintale și a asistenței psihosociale în transformarea și medierea conflictelor). • Completați cu instruire în domeniul abilităților sportive și al abilităților de joc. • Facilitați platformele de schimb de antrenori/voluntari/organizatori. • Asigurați mentorat și sprijin psihosocial pentru antrenori, voluntari și organizatori în timpul instruirii și pe parcursul implementării, prin intermediul resursei dedicate din cadrul echipei PMT. • Organizați cursuri de formare la locul de muncă, cu o monitorizare frecventă, mai degrabă decât cursuri de formare unice și mai lungi. • Asigurați instruire cu privire la modul de includere a persoanelor cu handicap în activitățile sportive generale. • Ca parte a instruirii și a sprijinului continuu, asigurați-vă că există un mecanism funcțional de îndrumare pentru copiii care au nevoie de alte tipuri de sprijin, inclusiv servicii non-MHPSS și MHPSS specializate.
<p>Retenția</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creșterea motivației și a spiritului de voluntariat în rândul antrenorilor și facilitatorilor prin furnizarea de instruire și certificare recunoscute în legătură cu competențele specifice de antrenorat/animare, precum și prin furnizarea de truse de instruire adecvate. • Încurajați antrenorii și facilitatorii să formeze grupuri între egali, ca parte a sprijinului continuu pentru antrenori și activitățile pe care le desfășoară cu comunitatea.



➔ 8.3. STUDIU DE CAZ

Egiptul găzduiește numeroși refugiați din Republica Arabă Siriană, Sudan, Eritreea și Irak. Acești refugiați trăiesc în condiții precare, iar copiii lor suferă de pe urma strămutării forțate. Tensiunile dintre refugiați și comunitățile gazdă sunt frecvente.

În anii trecuți, Terre des Hommes a dezvoltat și implementat o metodologie numită „Mișcare, jocuri și sport”, al cărei scop este de a îmbunătăți bunăstarea și protecția tinerilor. Din octombrie 2017, a fost

implementat un nou proiect numit «Sport pentru protecție comunitară și incluziune socială», având drept scop furnizarea de activități sportive durabile, precum și de activități psihosociale și de abilități de viață care să sporească incluziunea socială și protecția comunitară pentru copiii și tinerii vulnerabili.

8.3.1 Ajutarea tinerilor să se pună pe picioare

Animatorii folosesc fotbalul drept un instrument de sprijin pentru copii. „Când pierd, refugiații, în special, se simt ca și cum ar fi pierdut totul. În viața lor reală, simt că s-ar putea să nu-și mai revină niciodată. Ne folosim de activități pentru a le arăta că pot să se pună din nou pe picioare și să profite de situație. Acest lucru este valabil atât în fotbal, cât și în viața reală”, explică Pasant Aly Mokhtar, care se ocupă de persoanele care desfășoară activitățile.

8.3.2 Predarea competențelor cheie

Unul dintre antrenori explică: „Nu vreau ca copiii să se joace pur și simplu. Mi-ar plăcea ca ei să învețe ceva nou în fiecare zi. Mi-ar plăcea să-i învăț noi abilități de viață și să încurajez integrarea socială.”

8.3.3 Promovarea integrării

Noor, o mamă sudaneză, a venit singură cu copiii ei în Cairo în urmă cu cinci ani. Îi este teamă să se împrietenească cu străinii. Pentru a ușura viața copiilor aflați în această situație, aceștia își pot forma echipele în avans pentru fiecare antrenament, dar nu li se permite să se separe în funcție de naționalitate. Acest lucru promovează integrarea.

8.3.4 Dezvoltarea încrederii în sine

Unele persoane suferă consecințele războiului sau ale pierderii unui membru al familiei. Unii dintre ei nu-și mai amintesc cum era acasă, dar încă au probleme de adaptare la noua lor cultură. Prima dată când iau parte la activități, sunt timizi.

Scopul antrenorilor este de a sprijini persoanele să redobândească elementele de autocunoaștere pozitivă și punctele forte pentru a promova încrederea în sine și reziliența.

➔ 8.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Ar trebui integrată incluziunea femeilor și a persoanelor cu handicap. Activitățile ar trebui să fie adecvate din punct de vedere cultural și să respecte principiile nediscriminării. De exemplu, fetele pot fi expuse riscului de hărțuire prin participarea la anumite activități sau sporturi care necesită forță și confruntare fizică. Este important să se propună diferite tipuri de sporturi și să se adapteze regulile și practicile pentru a facilita accesul la jocuri și sporturi, chiar și la cele foarte fizice.

Comunicarea obiectivelor programelor către comunitate este esențială și nu trebuie create iluzii sau așteptări disproporționate, ci acestea trebuie păstrate la un nivel realist.

Sportul reprezintă un instrument pentru îndeplinirea unei varietăți de obiective, dar, ca practică de sine stătătoare, potențialul sportului în domeniul MHPSS are oarecare limite.

Deși sportul este important, este esențial să se aibă în vedere hrana și alte nevoi de bază ale participanților. În cazul în care insecuritatea alimentară este o problemă gravă, ar trebui analizată posibilitatea de a amâna începerea programelor sportive și asocierea cu persoanele capabile să se implice în atenuarea insecurității alimentare.

Antrenorii se află într-o poziție unică de a fi modele și mentori pentru tinerii participanți, însă există, de asemenea, povești despre antrenori care abuzează de influența și puterea lor, hărțuind, intimidând, manipulând și neglijând siguranța participanților. Este recunoscută pe scară largă necesitatea de a pune în aplicare măsuri de protecție, ceea ce include instituirea unor politici de protecție.



Sportul și jocurile nu au întotdeauna și nici în mod automat un impact pozitiv. Ar trebui să se acorde o atenție deosebită posibilelor efecte negative ale intervenției:

- Crearea de riscuri prin emanciparea femeilor sau a categoriilor vulnerabile în culturi foarte conservatoare.
- Promovarea unei concurențe negative și agresive, care poate valida sau reactiva tensiunile comunitare: Sportul poate fi asociat cu diviziunile politice în zonele de conflict și poate fi folosit ca element de divizare. Prin urmare, este important să se asocieze planificarea activităților sportive cu o abordare sensibilă la conflicte.
- Crearea potențială a unor noi factori de stres emoțional din cauza competiției asociate cu activitățile fizice și, la rândul său, cu un **impact negativ** asupra rezultatelor în materie de sănătate mintală.
- Promovarea abuzului și intimidării femeilor, fetelor și copiilor.
- Având în vedere că sportul și jocurile reprezintă instrumente de obținere a unor rezultate psihosociale și de protecție, acestea nu ar trebui să fie concepute ca activități izolate, ci integrate în programe mai ample.
- În anumite culturi, participarea femeilor poate fi foarte greu de încurajat.



LECTURI SUPLIMENTARE

Universitatea din Alexandria Teorii și aplicații Ediția internațională (TAIE)



2011 *Sport as an Instrument for People Development and Peace Promotion*. TAIE. Faculty of Physical Education, Abu Qir, Alexandria University, Alexandria.

Clemens Ley, C. and M. Rato Barrio



2010 *Movement, Games and Sport in Psychosocial Intervention: A Critical Discussion of its Potential and Limitations within Cooperation for Development*. *Intervention*, 8(2):106–120.

Harknett, S.



2013 *Sport and Play for All: A Manual on Including Children and Youth with Disabilities*. Handicap International, Colombo, Sri Lanka. Available from www.sportanddev.org/sites/default/files/downloads/sport_and_play_for_all.pdf (accessed 16 April 2019).

Huizinga, J.



1949 *Homo Ludens*. Routledge, London.

PYKKA and United Nations Children's Fund (UNICEF)



2010 *Changing Life Through the Power of Sports*. PYKKA and UNICEF, New Delhi.

Rețeaua de Incluziune prin Sport



2012 *Inclusion of Migrants in and through Sports: A Guide to Good Practice*. Sport Inclusion Network, Vienna.

sportanddev.org

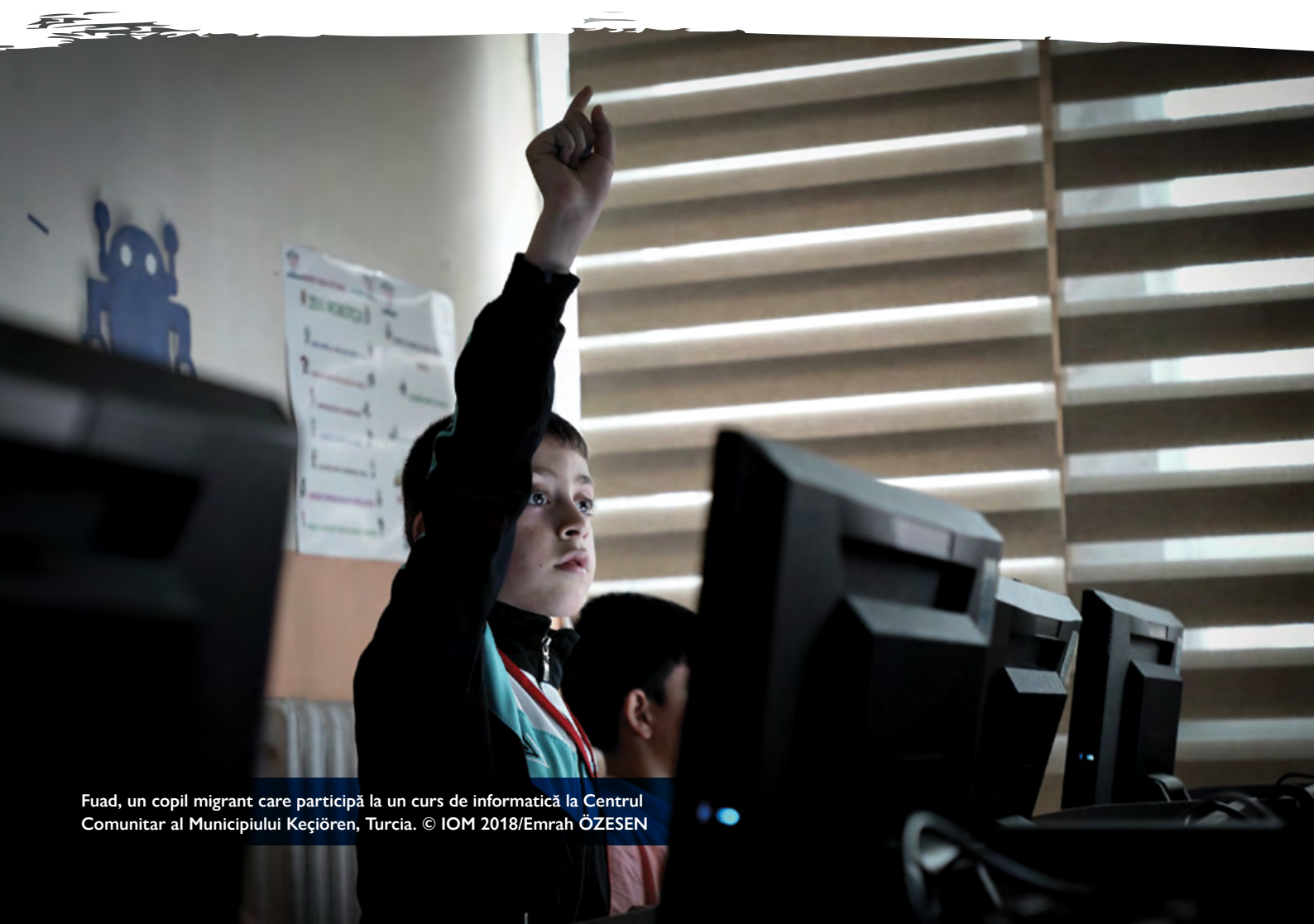


n.d. Sport as a Psychosocial Intervention.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**.

9. EDUCAȚIA NON-FORMALĂ ȘI ÎNVĂȚAREA INFORMALĂ



➔ 9.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

În perioada imediat următoare unei crize, restabilirea funcționării instituțiilor de învățământ formal poate fi dificilă atât pentru guvernele locale, cât și pentru actorii umanitari. În situațiile de strămutare forțată sau în masă, integrarea comunităților nou-venite în sistemul de educație formală din țara de destinație poate fi îngreunată de constrângeri logistice și administrative. În plus, în cazul strămutării și al migrației, elevii, chiar dacă sunt integrați în sistemul educațional din țara gazdă, pot întâmpina dificultăți în adaptarea la programe școlare și modele pedagogice diferite de cele cu care erau obișnuți. Prin urmare, astfel de contexte necesită programe care să faciliteze fie educația non-formală și/sau răspunsurile de învățare informală ca o punte spre educația formală, fie ca o completare a acesteia. Educația formală, educația non-formală și învățarea informală reprezintă toate activități culturale fundamentale, care contribuie la integrarea organică a comunității. Acestea reprezintă, de asemenea, un loc important pentru construirea de relații și pentru a învăța cum să te raportezi la ceilalți.

Este important să se înțeleagă diferitele definiții și diferențe. Rețeaua interinstituțională pentru educație în situații de urgență (INEE) oferă un cadru comun de referință (a se vedea Tabelul 6).

Tabelul 6: Cadrul comun pentru educația în situații de urgență

Educația în situații de urgență	<ul style="list-style-type: none"> • Calitatea oportunităților de învățare pentru toate vârstele în situații de criză, inclusiv dezvoltarea preșcolară, învățământul primar, secundar, non-formal, tehnic, vocațional, superior și pentru adulți. • Oferă protecție fizică, psihosocială și cognitivă, care poate susține și salva vieți.
Educația formală	<ul style="list-style-type: none"> • - Se referă, de obicei, la instituțiile de învățământ care urmează o programă specifică elaborată și aprobată de un guvern, cu unul sau mai multe examene finale cu note.
Educația non-formală	<ul style="list-style-type: none"> • Se desfășoară atât în cadrul instituțiilor de învățământ, cât și în afara acestora, și se adresează persoanelor de toate vârstele. • Nu conduce întotdeauna la certificare. • Programele de educație non-formală se caracterizează prin varietatea, flexibilitatea și capacitatea de a răspunde rapid la noile nevoi educaționale ale copiilor sau adulților. • Sunt adeseori concepute pentru grupuri specifice de cursanți, cum ar fi cei care sunt prea mari pentru nivelul lor de învățământ, cei care nu frecventează o școală formală sau adulții. • Programele de învățământ se pot baza pe educația formală sau pe noi abordări. • Printre exemple se numără învățarea accelerată „de recuperare”, programe after-school, alfabetizare și calcul. • Educația non-formală poate duce la intrarea târzie în programele de educație formală, care sunt uneori numite „educație de a doua șansă”.
Învățarea informală	<ul style="list-style-type: none"> • „Formele de învățare care sunt intenționate sau deliberate, dar care nu sunt instituționalizate, sunt cunoscute ca învățare informală. Prin urmare, este mai puțin organizată și structurată decât educația formală sau non-formală. Învățarea informală poate include activități de învățare care au loc în familie, la locul de muncă, în comunitatea locală și în viața de zi cu zi, pe o bază stabilă de individ, de familie sau de societate” (UNESCO).



Educația non-formală se poate adresa unor populații diferite și poate fi implementată sau nu într-un spațiu specific. Programa este mai mult sau mai puțin oficializată, dar nu există un proces de certificare și nici o diplomă la final. Acestea pot include cursuri de limbi străine, cursuri necertificate de alfabetizare și de calcul pentru adulți, cursuri de informatică și sesiuni de psiho-educație.

Învățarea informală este mai puțin structurată decât educația formală și non-formală, dar ceea ce o diferențiază cel mai mult de alte forme de educație într-o situație de urgență nu este structura, ci obiectivul. O sesiune de sport structurată, de exemplu, are obiective. Un set specific de jocuri și exerciții solicită creierul/mușchii și este catalogat drept învățare informală, chiar dacă este o activitate foarte structurată. În antrenamentul de baschet, trebuie să înveți cum să joci și să exersezi mult pentru a face acest lucru. Elevul va folosi circuitele minte-corp prin învățarea pozițiilor, a țintelor, a modului de a arunca mingea, a modului de a colabora cu ceilalți și a modului de a respecta regulile, de exemplu.

Totuși, obiectivul final nu este învățarea, ci jocul efectiv. Același lucru se întâmplă în timpul activităților culturale, creative, artistice și teatrale ilustrate în acest Manual, care nu vizează în mod specific educația, dar care pot avea obiective legate de învățare (competențe, atitudini, procese). Potențialul de învățare non-formală al mai multor activități poate fi spontan sau bine gândit, în sensul că activitățile pot fi re-proiectate și structurate pentru a-și atinge potențialul maxim.

Educația non-formală și învățarea informală contribuie la rezultatele MHPSS din diferite motive (a se vedea Tabelul 7).

Tabelul 7: Educația non-formală și învățarea informală, și contribuția acestora la MHPSS

MHPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Școlile și spațiile de învățare non-formală sigure sunt unele dintre cele mai benefice medii pentru copii și tineri într-o perioadă de incertitudine. • S-a dovedit că investițiile intenționate în asistența psihosocială bazată pe educație protejează copiii și tinerii împotriva efectelor negative ale dezastrelor, prin crearea unor rutine stabile, oferind oportunități de prietenie și de joacă, încurajând speranța, reducând stresul, încurajând exprimarea de sine și promovând un comportament de colaborare (Alexander, Boothby și Wessells, 2010; Masten, Gewirtz și Sapienza, 2013).
	<ul style="list-style-type: none"> • - Bunăstarea psihosocială este un precursor semnificativ al învățării și este esențială pentru reușita școlară; prin urmare, aceasta are o influență importantă asupra perspectivelor de viitor atât ale indivizilor, cât și ale societăților.
	<ul style="list-style-type: none"> • Abordarea de asistență psihosocială funcționează cel mai bine atunci când este integrată în diferitele sfere ale vieții tinerilor. Având în vedere că mediile educaționale reunesc copiii, tinerii cu colegii lor, părinții, familiile și comunitățile, acestea pot contribui la crearea unui mediu de susținere care promovează o mai bună bunăstare psihosocială. • În mod ideal, mediile educaționale și comunitare care înconjoară fiecare copil colaborează pentru a asigura că acesta are parte de cea mai bună îngrijire și urmărire posibilă; acest lucru include comunicarea între profesori și părinți, precum și consilieri, dacă este necesar.

9.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Responsabilii MHPSS nu asigură singuri educația non-formală și instruirea non-formală, dar trebuie să elaboreze programe care să prevadă acțiuni și resurse pentru promovarea educației non-formale și a învățării informale. Aceștia vor trebui, de asemenea, să selecteze și să supravegheze personalul didactic și profesorii care sunt membri de bază ai echipelor PMT și să convină asupra planurilor de acțiune ale acestora, urmând pașii de mai jos.

- (a) Promovarea implicării comunității: Membrii comunității ar trebui să fie implicați în mod special în aceste activități, nu numai ca participanți, ci și pentru a înțelege prioritățile, a identifica profesorii și formatorii, a selecta activitățile și a monitoriza rezultatele. Selectarea și prioritizarea activităților se bazează pe trei factori:
 - (i) Bazate pe nevoi: Identificarea nevoilor în comunitate (ajutor școlar, conștientizarea igienei, psiho-educație);
 - (ii) În funcție de resurse: Identificarea resurselor comunitare, pe care agenția poate fi împuternicită să le gestioneze prin organizarea de activități de educație non-formală pentru ceilalți (calculatoare, limbi străine, arte și meserii, muzică).
 - (iii) Posibilitatea programului de a asigura materialele necesare, locurile de desfășurare, securitatea, printre altele.

Proiectarea și punerea în aplicare, adaptarea, localizarea și identificarea persoanelor implicate, precum și legăturile cu alte programe ar trebui discutate, definite și abordate împreună cu actorii-cheie din comunitatea afectată.

- (b) Ori de câte ori este posibil, se vor sprijini facilitățile preexistente în comunitatea gazdă (școli de muzică, școli de sport, școli de dans, școli de informatică, școli de limbi străine), în loc să se creeze structuri paralele, și se va

asigura accesul (transport, plata taxelor, dacă este cazul) și incluziunea.

- (c) Identificarea persoanelor cu abilități care pot învăța pe ceilalți membri ai comunității strămutate și mobilizarea acestora în organizarea educației non-formale pentru anumite grupuri. Susținerea acestor activități în natură, prin instruire și, în cele din urmă, prin acordarea de indemnizații pentru facilitatori.
- (d) Analizarea potențialului de educație non-formală al altor activități de susținere organizate de program (teatru și dramaturgie, sport) și crearea de spații pentru schimburi între facilitatorii acestor activități și cadrele didactice din echipă pentru a pune în valoare acest potențial prin structurare, sugestii pedagogice și discuții înainte și după atelier.
- (e) Finalizarea unui plan de activități de educație non-formală, prin împărțirea acestora în:
 - (i) Sesiuni de inițiere și informare (câteva ore);
 - (ii) Ateliere (câteva zile sau o săptămână);
 - (iii) Activități educaționale efective (sprijin școlar, cursuri de limbi străine, cursuri de calcul) care ar trebui să aibă o durată stabilă, un număr de sesiuni și o încheiere, pentru a maximiza participarea și incluziunea.
- (f) Furnizarea de cursuri de instruire pentru voluntari, profesori și facilitatori cu privire la metodele interactive de facilitare a sesiunilor și MHPSS de bază:
 - (i) Promovarea, ori de câte ori este posibil, a activităților ad-hoc de educație non-formală pentru persoanele cu tulburări sau dizabilități mintale grave.
 - (ii) Organizarea de evaluări ale serviciilor, la sfârșitul fiecărui ciclu de activități de educație non-formală.



Tabelul 8: Exemple de activități (neexhaustiv)

<p>Educație sanitară (definiția OMS)</p>	<p>Orice combinație de experiențe de învățare menite să ajute indivizii și comunitățile să își îmbunătățească starea de sănătate, prin sporirea cunoștințelor sau prin influențarea atitudinilor acestora.</p>
<p>Promovarea igienei (definiția SPHERE)</p>	<p>Promovarea igienei constituie o abordare planificată și sistematică, ce permite oamenilor să acționeze pentru a preveni și/sau a atenua bolile asociate apei, salubrității și igienei. De asemenea, poate oferi o modalitate practică de a facilita participarea, responsabilitatea și monitorizarea comunității în cadrul programelor WASH.</p>
<p>Competențe de viață (definiția OMS)</p>	<p>În 1999, OMS a identificat cinci domenii interculturale de bază ale competențelor de viață: luarea deciziilor și rezolvarea problemelor; gândirea creativă (a se vedea, de asemenea, gândirea laterală) și gândirea critică; comunicarea și abilitățile interpersonale; autocunoașterea și empatia; și gestionarea emoțiilor și a stresului.</p>
<p>Educație sportivă</p>	<p>Numeroase competențe de viață pot fi învățate prin activități sportive care contribuie la dezvoltare: concentrare, colaborare cu ceilalți, încredere în sine, gândire strategică. În special, jocurile și joaca pot favoriza un sentiment de siguranță și pot contribui la bunăstarea copiilor. În plus, acestea constituie instrumente de incluziune socială, care contribuie la sentimentul de comunitate și de coeziune.</p>
<p>Cursuri de alfabetizare și calcul (UNESCO)</p>	<p>Competențele de alfabetizare și de calcul sunt esențiale pentru ca tinerii să își dezvolte pe deplin potențialul ca membri eficienți ai comunității din care fac parte și pentru integrarea migranților. În cazul în care există niveluri scăzute de alfabetizare și de calcul în rândul populației adulte, acest lucru indică un nivel scăzut de competențe de bază și un nivel scăzut de ocupare a forței de muncă. Aceste cursuri pot face parte dintr-un plan mai amplu de recuperare.</p>
<p>Arte și meșteșuguri</p>	<p>Educația non-formală în domeniul artelor și meșteșugurilor poate contribui la relaxarea oamenilor, îi poate face să se conecteze cu ceilalți prin intermediul unei acțiuni, poate spori stima de sine și, în unele cazuri, poate acționa ca o activitate generatoare de venituri (a se vedea provocările).</p>
<p>Educație privind riscul de mine (standarde internaționale de acțiune împotriva minelor)</p>	<p>Se referă la „activități care urmăresc reducerea riscului de vătămare cauzată de mine și de resturile explozive de război prin sensibilizarea și promovarea modificărilor comportamentale, inclusiv diseminarea de informații publice, educația și instruirea, precum și legătura cu comunitățile în materie de acțiune împotriva minelor”.</p>

Educația nonformală necesită o legătură strânsă cu comunitățile și o implicare puternică încă de la început, pentru a se asigura că activitățile de educație nonformală sunt adaptate la nevoile populației. Lipsa de implicare a populațiilor afectate și a comunității ar putea avea un impact negativ asupra intervențiilor de educație non-formală, prin promovarea unui interes limitat față de program sau prin transmiterea unor mesaje care nu sunt contextualizate și nici adaptate la populație. Conținutul și materialele ar trebui verificate și aprobate de membrii comunității, care recunosc scopul și necesitatea programului pentru a-l susține.

→ **9.3. EDUCAȚIA NON-FORMALĂ ȘI ÎNVĂȚAREA INFORMALĂ**

La nivel mondial, FabLab este definit ca „platformă de prototipuri tehnice pentru inovare și invenție, care stimulează antreprenoriatul local. Pentru Terre des hommes (TdH), adaptarea acestei inițiative la contextele de dezvoltare și umanitare completează și intensifică impactul programelor existente, oferind o cale de acces la un pachet mai larg de servicii disponibile în cadrul diferitelor intervenții TdH adaptate la nevoi și context.

Acesta constă într-un spațiu fizic dotat cu instrumente (de exemplu, imprimante 3D, mașini de tăiat cu laser și dispozitive de circuite), software (pentru programarea instrumentelor și pentru a sprijini accesul la rețele) și abordări și procese

educaționale (de exemplu, cursuri de instruire adaptate, sisteme de gestionare pentru a oferi acces la spațiu inovatorilor și modele de învățare de la egal la egal). Nu este vorba pur și simplu de o piesă (sau mai multe) de echipament, ci mai degrabă de un mod de implicare a copiilor, a tinerilor și a comunităților.

9.3.1 Un nou mod de a se adresa tinerilor, un grup demografic greu de atins

În zonele afectate de criză, adolescenții și tinerii se confruntă cu riscuri de protecție semnificative, inclusiv, dar fără a se limita la, căsătoria timpurie, abandonul școlar, exploatarea prin muncă a copiilor, conflicte sau contactul cu legea, violența asociată cu criza și asocierea cu conflictul armat, inclusiv recrutarea forțată și problemele legate de justiția juvenilă.

În ciuda faptului că sunt foarte frecvent expuși riscului, este adesea extrem de dificil să se ajungă la adolescenți și tineri. Există puține abordări standardizate pentru implicarea cu adolescenții și tinerii și există un consens redus în ceea ce privește aspectele de bază, inclusiv ce vârste înseamnă noțiunea de „tânăr”.

Locuri atractive pentru tineri:

- Concentrarea pe tehnologiile digitale de ultimă generație, dar ușor accesibile, deoarece tinerii au un nivel mai ridicat de implicare și interes pentru tehnologiile digitale în comparație cu alte grupuri demografice.





Cursuri de limba engleză la Centrul comunitar Haj Ali IOM din Irak.
© IOM 2017/Sandra BLACK

- Sprijinirea creativității într-o manieră flexibilă și adaptabilă, ceea ce este esențial pentru un grup care are interese, capacități și nevoi fluctuante și ale cărui nevoi nu sunt în prezent satisfăcute suficient de respondenții umanitari.
- Organizarea timpului de desfășurare a activităților ținând cont de aspecte precum munca copiilor și prezența la școală.

Tabelul 9: Oportunități de impact

Educație	<ul style="list-style-type: none"> • Constituie o bază bună pentru furnizarea de educație non-formală, în special în domeniul STEM (știință, tehnologie, inginerie și matematică), pentru tinerii cei mai vulnerabili. • Permite transferul tinerilor de la educația non-formală la educația formală (universitate, liceu sau formare vocațională). • Spațiul sigur stimulează atât învățarea, cât și oportunitățile.
Participarea și elaborarea ghidată de populațiile afectate	<ul style="list-style-type: none"> • Să permită tinerilor să dirijeze și să participe mai activ la dezvoltarea și punerea în aplicare a proiectelor și să genereze un rezultat tangibil. • Oamenii care folosesc FabLabs își determină propria dezvoltare, ceea ce oferă populațiilor afectate flexibilitatea și instrumentele necesare pentru a-și concepe propriile soluții, în timp ce utilizatorii se află în contact, pentru a împărtăși experiențe.
Protecția copiilor	<ul style="list-style-type: none"> • Asigură un spațiu deschis și sigur pentru tineri și comunități, în care aceștia pot dezvolta încrederea, pot lucra împreună pentru a-și defini propriile priorități și pentru a identifica soluții inovatoare la problemele întâmpinate. • Are ca scop încurajarea copiilor și a comunităților lor să se implice mai eficient în dialog și acțiuni de susținere a drepturilor copilului, utilizând instrumente și rețele digitale. • Spațiu privilegiat pentru furnizarea de servicii MHPSS și, atunci când este necesar, pentru identificarea și îndrumarea tinerilor către alte servicii ale TdH (cum ar fi cele oferite de asistenții sociali și de mobilizatorii comunitari, printre alții).
Oportunități de subzistență	<ul style="list-style-type: none"> • Componenta hardware reprezintă un aspect al economiei digitale la care puține comunități afectate de conflicte au acces. • Pot sprijini comunitățile vulnerabile să se implice în producția la scară mică și să răspundă nevoilor imediate într-un mod mai eficient, din punct de vedere al costurilor, și mai personalizat. • FabLabs ale TdH reprezintă o resursă valoroasă și acces la mijloace de trai, pentru persoanele care își dezvoltă abilitățile prin intermediul FabLabs ale TdH. • Pentru economia mai generală din cadrul comunității, deoarece oferă noi modele și o metodă de consolidare a industriei tehnologiei (și a altor industrii) existente.

În concluzie, FabLab a reprezentat o oportunitate extraordinară de învățare pentru tineri și membrii comunității și, între timp, trebuie să se asigure o participare și o implicare ridicată în implementare, pentru ca FabLab să fie durabil. Contribuie la furnizarea unui loc sigur, pentru a oferi o învățare adaptată, pentru a petrece suficient timp cu tinerii pentru ca aceștia să învețe, să se simtă bine și, în cele din urmă, să învețe ceva despre noile tehnologii, împreună cu alte conținuturi educaționale (pregătire vocațională, cursuri de bază de citire și calcul).

➔ 9.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Diferențierea între diferitele forme de educație în situații de urgență în cadrul programelor MHPSS este foarte importantă din perspectiva programării și a dinamicii comunitare, deoarece, mai ales în situații de urgență, apare adeseori o confuzie între educația formală și cea informală, educația informală și învățarea informală, precum și pregătirea vocațională și profesională. Aceasta conduce la patru serii de probleme:

- (a) Atelierele creative sau de socializare în domeniul MHPSS (învățare informală) sunt adesea interpretate greșit ca activități de educație non-formală. De exemplu, un grup de croitorie sau de croșetare pentru femei, al cărui scop principal este de a le ajuta să se reunească și să se exprime, poate fi considerat de către populațiile afectate și, uneori, de către conducerea proiectului ca fiind un curs non-formal de croitorie. Astfel, pot apărea așteptări false în rândul participanților și se poate ajunge la o ambiguitate în ceea ce privește planificarea activității, expertiza necesară a formatorului și alte aspecte. Claritatea privind natura și obiectul activităților trebuie să fie întotdeauna luată în considerare în planificare.
- (b) Programele MHPSS tind să certifice activitățile educaționale non-formale. Acest lucru se face, de asemenea, pentru sesiuni foarte

scurte de introducere sau de informare. Deși acest lucru se întâmplă de multe ori la cererea participanților și poate reprezenta un stimulent pentru participare, putând să le sporească stima de sine, poate crea și două probleme. Pe de o parte, participanții pot considera că aceste certificate se adaugă la capacitățile lor profesionale. Pe de altă parte, într-un context umanitar caracterizat de necesitatea de a angaja personal în grabă, certificatele pot fi interpretate greșit în ceea ce privește valoarea lor de formare profesională. În cele din urmă, proliferarea certificatelor poate devaloriza certificatele legitime ale celor care au urmat un curriculum oficial în țară, afectând dinamica comunității.

- (c) Educația non-formală și formarea profesională și vocațională trebuie să fie distincte. Deși oamenii pot fi educați în mod informal într-o artă sau o meserie, în interes propriu, pregătirea vocațională care vizează capacitatea de inserție profesională și generarea de venituri pe baza acelorași competențe face parte dintr-un protocol de sprijin pentru mijloacele de subsistență și trebuie să fie concepută în acest scop. În caz contrar, acest lucru poate crea frustrări viitoare în rândul participanților. **Capitolul despre Asistența integrată în domeniul MHPSS și al mijloacelor de subsistență** va descrie mai clar modul în care această integrare poate avea loc în cadrul formării vocaționale, fără a crea confuzie.
- (d) Educația formală este întotdeauna o nevoie primară și ar trebui favorizată. Cu toate acestea, uneori, în situații de urgență, educația non-formală riscă să fie utilizată ca substitut al educației formale, chiar și atunci când educația formală este disponibilă, dar (a) se află în locuri îndepărtate și (b) este percepută ca fiind prea dificilă. În aceste situații, în cazul în care resursele sunt limitate, transportul către unitățile de învățământ formal ar trebui să fie prioritar ca răspuns, față de organizarea de activități educaționale informale. În plus, în timp ce educația informală poate fi asigurată



În continuare, sensibilizarea cu privire la importanța educației formale trebuie organizată și integrată în mod constant, iar școlile care au nevoie de ajutor pentru ca copiii și tinerii să se adapteze la noile programe școlare să fie favorizate în raport cu alte forme de educație non-formală.

➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Finn Church Aid (FCA)

2018 Improving Well-being Through Education – Integrating Community Based Psychosocial Support into Education in Emergencies. FCA, Helsinki.

International Network for Education in Emergency (INEE)

2010 *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery* (2nd ed.). INEE, Geneva.

2016 Background Paper on Psychosocial Support and Social and Emotional Learning. INEE, Geneva.

2018 Guidance Note on Psychosocial Support. INEE, Geneva.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A ASISTENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR



➔ 10.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Una dintre provocările cu care se confruntă frecvent echipele MHPSS în situațiile de urgență umanitară este omniprezența și complexitatea conflictelor interpersonale și intercomunitare. Prin urmare, este esențial ca lucrătorii MHPSS să dobândească competențe de bază în gestionarea și soluționarea conflictelor. Acest capitol va aborda modalitățile practice prin care lucrătorii MHPSS își pot folosi competențele, resursele și rețelele pentru a răspunde la conflictele interpersonale și la cele din cadrul comunității. În acest scop, se face o scurtă introducere în conceptele privind evaluarea conflictelor.

Conflictul reprezintă o contradicție. Este o stare a relațiilor umane în care încercarea uneia dintre părți de a-și atinge obiectivele stă în calea celeilalte părți. Următorul link furnizează o descriere mai detaliată a conflictului, precum și a altor **concepte** aferente.

Conflictul în sine nu este nici distructiv, nici constructiv. Atunci când părțile aflate în conflict nu dispun de capacitățile și mijloacele necesare pentru a-și transforma conflictul, frustrarea și dușmănia care rezultă pot transforma conflictul într-o experiență distructivă. Atunci când părțile dispun de capacitatea și mijloacele necesare pentru a privi conflictul ca pe o provocare comună, care trebuie depășită, conflictul devine o oportunitate pentru rezolvarea creativă a problemelor și pentru construirea de relații.

Potrivit lui Johan Galtung, pionier al cercetării în domeniul păcii, un conflict social la toate nivelurile, de la cel interpersonal la cel internațional, are trei dimensiuni: atitudine (A), comportament (B) și contradicție (C), după cum se sintetizează în Figura 10.

Figura 10: Triunghiul ABC



Sursa: Bazat pe Galtung (1958).

10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A ASISTENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR

Triunghiul ABC este un cadru util, care îi ajută pe responsabilii de programe MHPSS să analizeze natura interconectată a atitudinii, comportamentului și contradicției. Practica lor în domeniul consilierii, de exemplu, poate ajuta indivizii și grupurile să restabilească empatia, facilitând astfel schimbări de atitudine, care, la rândul lor, îi pot încuraja să adopte comportamente non-violente. Mai mult decât atât, schimbările de atitudine și comportament pot contribui la stabilirea unor relații constructive și pot exercita abilitățile de gândire creativă, necesare pentru soluționarea incompatibilității dintre obiectivele lor.

Situațiile de urgență umanitară, cum ar fi dezastrele naturale, conflictele armate și crizele de migrație, fac dificilă exercitarea empatiei, a non-violenței și a creativității de către indivizi și comunități. Acest lucru este valabil mai ales în cazurile de strămutare, care duc de multe ori la tensiuni între comunitățile strămutate și cele gazdă. MHPSS poate ajuta persoanele și comunitățile afectate să restabilească empatia reciprocă, să promoveze un comportament non-violent, să umanizeze relațiile și să încurajeze rezolvarea creativă a problemelor.

Transformarea conflictelor constă în găsirea unei soluții reciproc acceptabile la contradicția de fond, care tensionează relațiile umane, promovând în același timp atitudini empatice și un comportament non-violent. Transformarea conflictelor contribuie la crearea unui mediu social sigur și reconfortant, în care persoanele și comunitățile afectate de urgențe umanitare își pot recăpăta sau dezvolta capacitățile de a reflecta asupra propriei persoane, de a-și restabili relațiile și de a solicita și beneficia în mod eficient de MHPSS. Procesele de MHPSS și de transformare a conflictelor sunt astfel complementare și se consolidează reciproc. Din aceste motive, lucrătorii MHPSS vor considera utilă dobândirea unor competențe de bază în domeniul analizei și transformării conflictelor, pentru a oferi servicii MHPSS în mod eficient.

Competențele de transformare a conflictelor utile pentru profesioniștii MHPSS care activează în situații de urgență umanitară variază semnificativ, în funcție de circumstanțele în care aceștia lucrează. Competențele sintetizate în acest [link](#) sugerează un posibil punct de plecare și ar putea

fi utilizate drept listă de cursuri de formare care ar putea fi oferite.

Caseta 43

Resurse

Resurse suplimentare privind transformarea conflictelor pot fi găsite pe următoarele site-uri (toate site-urile au fost accesate la 17 aprilie 2019):

- African Centre for the Constructive Resolution of Disputes (ACCORD) (www.accord.org.za);
- Alliance for Peacebuilding (www.allianceforpeacebuilding.org);
- Beyond Intractability (www.beyond-intractability.org);
- CDA Collaborative Learning Projects (<https://www.cdacollaborative.org>);
- Conciliation Resources (www.c-r.org);
- Peace Insight (www.peaceinsight.org);
- Resursele de Mediere ale Organizației Națiunilor Unite (<https://peacemaker.un.org/resources>);
- Building Bridges in Conflict Areas (<https://en.unesco.org/interculturaldialogue/resources/546>)



10.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

- Se va acorda atenție conflictelor în toate etapele unui program MHPSS.
- Utilizarea activităților MHPSS în cadrul eforturilor sau programelor de transformare a conflictelor.
- Introducerea medierii conflictelor și a coeziunii sociale ca element al programelor MHPSS.



O condiție prealabilă pentru aceste sarcini menționate mai sus este efectuarea unei analize de conflict și a unei analize de fezabilitate, rezumate în Caseta 44.

Caseta 44

Analiza conflictelor și analiză de fezabilitate

1. Analiza conflictelor

Analiza conflictelor este un proces analitic prin care se identifică în mod sistematic sursele și natura unui anumit conflict social. Etapele propuse pentru efectuarea unei analize a conflictelor sunt următoarele:

- Identificarea părților aflate în conflict, definite ca indivizi și/sau grupuri capabile să își exercite capacitatea de acțiune pentru a-și dezvolta și urmări obiectivele.
- Identificarea și articularea obiectivelor fiecăreia dintre părți.
- Descrierea relațiilor dintre aceștia (de exemplu, colaborarea, opoziția sau lipsa relațiilor).

A se vedea exemple de analiză a conflictelor. Primul **exemplu** abordează un simplu conflict între două părți; cel de-al doilea **exemplu** analizează un conflict mai complex între mai multe părți. Aceste exemple de analiză a conflictelor sugerează oportunități de transformare a conflictelor.

2. Analiză de fezabilitate

Aceasta se referă la o verificare inițială cu privire la fezabilitatea intervenției. În funcție de contextul în care își desfășoară activitatea, lucrătorii MHPSS care efectuează o analiză de fezabilitate pot pune întrebări în legătură cu circumstanțele de securitate, juridice, politice și instituționale ale intervenției. Aceștia vor analiza, de asemenea, obiectivele programului, termenele, resursele, expertiza, disponibilitatea partenerilor locali și alți factori esențiali pentru a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la oportunitatea, caracterul etic și metodele posibile de intervenție.



Constatările rezultate din analizele conflictelor și analizele de fezabilitate pot contribui la stabilirea unei baze bine informate pentru punerea în aplicare a fiecăreia dintre cele trei sarcini propuse:



10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A ASISTENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR

- (a) Se va acorda atenție conflictelor în toate etapele unui program MHPSS. Integrarea sensibilității la conflicte în toate etapele unui program MHPSS este esențială atunci când se lucrează în societăți afectate de conflicte. Sensibilitatea la conflicte se referă la procesul de (i) înțelegere a contextului social al conflictului, în care este desfășurat un program MHPSS, (ii) monitorizare a interacțiunii dintre program și contextul său și (iii) luarea de măsuri proactive pentru a minimiza efectele negative ale programului asupra conflictului și pentru a maximiza impactul pozitiv al acestuia. Printre posibilele măsuri care trebuie luate se numără suspendarea programului, în cazul în care continuarea acestuia ar putea exacerba conflictul. Pentru mai multe informații despre sensibilitatea la conflicte, precum și despre principiul „Să nu faci rău”, strâns legat de sensibilitatea la conflicte, vă rugăm să vizitați acest [link](#).



Sensibilitatea la conflicte este deosebit de importantă în alegerea locurilor de desfășurare a programului MHPSS, a obiectivelor, a rezultatelor preconizate, a personalului și a populațiilor afectate. În ceea ce privește personalul, selectarea membrilor echipei PMT trebuie să se facă ținând cont de sensibilitatea la conflicte. Analiza conflictelor este deosebit de importantă în acest context, deoarece comunitățile afectate de conflicte pe care le deserveșc vor considera că este important ca echipa să fie echilibrată, reprezentativă și accesibilă tuturor populațiilor afectate, fără prejudecăți. Pentru mai multe informații privind selectarea membrilor echipei PMT, a se vedea capitolul despre **Echipele mobile de asistență psihosocială**.



Caseta 45

Suținerea mijloacelor de subsistență pentru femei

În ceea ce privește aplicarea sensibilității la conflicte la dezvoltarea rezultatelor programelor și a populațiilor afectate, sprijinirea mijloacelor de subsistență pentru femei reprezintă un exemplu util. În timp ce sprijinirea emancipării femeilor în familie și în comunitate constituie un obiectiv important al programului, printre posibilele consecințe se numără o creștere a rezistenței bărbaților și a violenței domestice. Având în vedere aceste provocări, asistenții MHPSS trebuie să consulte nu numai femeile participante, ci și un număr mai mare de părți interesate care pot sprijini sau împiedica activitățile femeilor legate de emanciparea economică. Asistenții MHPSS trebuie, de asemenea, să informeze femeile participante despre posibilele consecințe negative ale participării lor, precum și despre alegerile pe care femeile le pot face pentru a continua, întrerupe sau solicita ajutor. Exemplul dezvoltării mijloacelor de subsistență ale femeilor ilustrează complexitatea și dificultatea activităților concepute pentru a aborda contextele profund structurale și culturale ale conceperii programului. Acesta ilustrează, de asemenea, rolul sensibilității la conflicte, nu numai în ceea ce privește eficiența programului, ci și din punct de vedere etic.

- (b) Utilizarea activităților MHPSS în cadrul eforturilor și programelor de transformare a conflictelor: Programele MHPSS, astfel cum sunt descrise în **modelele de lucru**, abordează interrelația dintre factorii biopsihologici, socio-relaționali și culturali ai experiențelor. Aceste programe se folosesc de activități recreative și **sociale, rituale, artistice, sportive și educaționale**, în măsură să reunească oamenii și să stimuleze coeziunea socială. Activitățile creative pot stimula gândirea imaginativă, utilă pentru rezolvarea creativă a problemelor. În plus, consilierea individuală și de grup, precum și psiho-educația, pot ajuta persoanele și comunitățile afectate de conflicte să dezvolte empatie, să promoveze non-violența și să faciliteze construirea de relații. Trei aspecte ale unui program MHPSS - consilierea, psiho-educația și activitățile sociale și recreative - pot avea o contribuție deosebit de importantă.



10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A ASISTENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR

- (i) Consilierea sub formă de contribuție la transformarea conflictelor: Activitățile MHPSS, care se concentrează în primul rând pe dimensiunile atitudinale și comportamentale ale conflictului, pot fi desfășurate astfel încât să ajute comunitățile afectate să rezolve contradicțiile care stau la baza relațiilor afectate de conflict. Consilierea este o metodă deosebit de utilă în acest scop. În nord-estul Nigeriei, de exemplu, personalul MHPSS sprijină reintegrarea foștilor membri Boko Haram în comunitățile de origine. Personalul acordă consiliere persoanelor care se întorc în țară, ale căror nevoi MHPSS sunt indisolubil legate de provocările de lungă durată privind dezvoltarea mijloacelor de subsistență, stima de sine, educația și nevoia de justiție socială. Deși consilierea acestora nu are ca scop rezolvarea acestor probleme și a altor probleme sociale care au contribuit la creșterea insurgenței Boko Haram, aceasta îi poate ajuta totuși pe foștii membri Boko Haram să reflecteze asupra acestor aspecte și să exploreze modalități de a le face față în mod constructiv.
- (ii) Psiho-educația sub formă de contribuție la transformarea conflictelor: Educația MHPSS permite comunităților și indivizilor afectați de conflicte să înțeleagă cum funcționează mintea umană în condiții de stres, durere și pierdere, ce măsuri pot fi luate pentru a le gestiona și cum comunicarea poate fi de natură pozitivă. Pentru a aborda efectele psihosociale ale războiului și ale crizei migrației din Republica Arabă Siriană, IOM a elaborat *Self Help for Men Facing Crisis and Displacement (Auto-ajutor pentru bărbații care se confruntă cu criza și strămutarea)*, un ghid pentru bărbații adulți care caută cunoștințe de bază despre sursele de stres și măsurile practice pe care le pot lua pentru atenuarea stresului. Ghidul este disponibil la [acest link](#).
- (iii) Activitățile sociale și recreative sub formă de contribuție la transformarea conflictelor: Activitățile sociale și recreative pot aduce împreună membrii comunităților divizate prin umanizare reciprocă și prin construirea coeziunii sociale. În Libia, de exemplu,

personalul MHPSS folosește un centru comunitar pentru a reuni persoanele strămutate, migranții și rezidenții locali. Activitățile sociale și recreative organizate în cadrul centrului permit membrilor comunității, anterior divizați să se cunoască între ei, să construiască relații și să împărtășească un sentiment de comunitate.

Deși fiecare dintre cele trei tipuri de activități MHPSS de mai sus poate avea o contribuție semnificativă la transformarea conflictelor, eficacitatea acestora poate fi sporită și mai mult prin parteneriat și colaborare instituțională. Mai exact, lucrătorii MHPSS se pot adresa Direcțiilor de tranziție și recuperare sau Unităților de stabilizare din cadrul IOM, ale căror activități sunt mai strâns legate de transformarea conflictelor. În cazul în care aceste unități nu sunt disponibile imediat, lucrătorii MHPSS pot identifica și se pot asocia cu alți actori cu expertiză și experiență în transformarea conflictelor. Pentru mai multe informații despre formarea acestor parteneriate, contactați contactpss@iom.int.



- (c) Introducerea medierii conflictelor în programele MHPSS: Una dintre cele mai practice metode de transformare a conflictelor pe care echipele PMT le pot învăța și practica în cadrul activităților lor zilnice este medierea conflictelor. Responsabilii MHPSS pot explora mijloace alternative prin care să introducă medierea conflictelor în activitățile lor de zi cu zi. Mijloacele alternative descrise mai jos se susțin reciproc și sunt complementare. Acestea pot fi combinate sau secvențiate astfel încât să se maximizeze eficacitatea programului:
- (i) Angajarea unui mediator de conflicte cu experiență: Un responsabil de program MHPSS poate angaja un analist de conflicte cu experiență, dacă finanțarea permite. Programul MHPSS din Irak, de exemplu, a angajat un specialist în conflicte ca membru al echipei MHPSS. Specialistul monitorizează dinamica conflictelor în centrele MHPSS realizate în cadrul programului, asigurând sensibilitatea acestora la conflicte și eficiența programului.
- (ii) Identificarea și desemnarea unui mediator de conflicte, ca membru de bază al fiecărei



10. INTEGRAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A ASISTENȚEI PSIHOSOCIALE ÎN TRANSFORMAREA ȘI MEDIEREA CONFLICTELOR



echipe PMT: O echipă PMT poate include un membru calificat al echipei care să joace rolul de analist și mediator de conflicte, a cărui responsabilitate este de a monitoriza și de a se ocupa de **problemele** legate de conflicte. Pentru aceasta, trebuie să se țină cont de dinamica conflictului din contextul respectiv, deoarece implicarea în mediere, chiar și la nivel local și informal, poate fi percepută la nivel sociopolitic și poate da impresia că întreaga echipă PMT nu este neutră într-o situație de conflict.

- (iii) Asigurarea unei instruirii de bază în domeniul medierii conflictelor pentru întreaga echipă MHPSS: Asistenții MHPSS pregătiți cu abilități de bază în domeniul medierii conflictelor pot desfășura activitățile MHPSS cu o mai mare sensibilitate față de conflicte, contribuind la gestionarea și prevenirea conflictelor violente și asigurând furnizarea eficientă a serviciilor, atunci când relațiile dintre părțile interesate sunt tensionate. Echipele PMT care au lucrat în urma insurgenței Boko Haram din nord-estul Nigeriei au beneficiat de cursuri de formare în analiza și transformarea conflictelor interpersonale și intercomunitare. Materialele de instruire și curricula pe care le-au folosit pot fi solicitate în scris de la adresa contactpss@iom.int.
- (iv) Furnizarea de cursuri de instruire avansată pentru membrii PMT selectați, pentru a le permite să devină referenți pentru medierea conflictelor: Unii dintre membrii PMT pot beneficia de cursuri de instruire mai avansate în domeniul medierii, pot dobândi experiență practică și pot deveni referenți pentru mediere. Personalul MHPSS din Sudanul de Sud a adaptat această strategie la nevoile specifice ale programului. Împreună cu membri selectați din comunitate, membrii personalului MHPSS din Sudanul de Sud au urmat o pregătire avansată în domeniul medierii conflictelor. Pe baza instruirii, aceștia au devenit referenți pentru medierea conflictelor în taberele de persoane strămutate intern (IDP). Instruirea le-a sporit capacitatea de a aborda singuri conflictele comunitare.

Competențele pe care le-au dobândit au contribuit la crearea unor structuri formale și informale de gestionare a conflictelor. Materialele și programele de instruire pot fi solicitate în scris de la adresa: contactpss@iom.int.

- (v) Identificarea și responsabilizarea membrilor calificați ai comunității pentru a deveni referenți pentru medierea conflictelor: Echipele MHPSS pot găsi membri de încredere ai comunității cu abilități de mediere a conflictelor și îi pot sprijini pentru a deveni referenți comunitari care pot colabora cu echipa PMT. Acești referenți locali pot beneficia de instruire personalizată pentru dezvoltarea competențelor. În plus, sau alternativ, acestea pot fi incluse în cursurile de instruire destinate echipei PMT, descrise la punctele (iii) și (iv) de mai sus. În Irak, de exemplu, activitățile MHPSS ale IOM oferă membrilor comunității cursuri intensive de mediere a conflictelor, facilitează participarea membrilor comunității la dialog și la grupuri de conducere și desfășoară activități de consolidare a păcii pentru tineri. Prin intermediul acestor activități sponsorizate de IOM, irakieni instruiți și calificați au ajuns să servească drept referenți pentru medierea conflictelor, lucrând cot la cot cu **echipele PMT**.



10.2.1 Membrii echipei PMT ca mediatori

Membrii echipei PMT și asistenții MHPSS în general pot servi ca mediatori ai conflictelor în situații de urgență umanitară. În numeroase contexte ale activităților MHPSS în care asistenții MHPSS desfășoară acțiuni de mediere, aceștia nu dețin titlul de mediator și nici membrii comunității nu îi recunosc pe asistenții MHPSS drept mediatori. În aceste situații, asistenții MHPSS practică medierea emergentă, definită ca fiind un proces informal, spontan, de negociere asistată și de rezolvare a problemelor, pentru care nu se prevede un contract formal de mediere.

Medierea emergentă poate fi inițiată prin conversații ocazionale cu beneficiarii serviciilor MHPSS. Întrebări de genul „Pot face ceva pentru a vă ajuta să vă gândiți împreună la această provocare



pentru relația voastră?” și „Vreți să-mi spuneți de ce refuzați să comunicați cu cealaltă persoană?” pot servi drept invitație la mediere emergentă.

În sensul unei definiții cuprinzătoare a medierii emergente, asistenții MHPSS pot realiza medierea în următoarele moduri:

- (a) Dialoguri față în față: pe lângă ceea ce este prezentat **aici**, capitolul despre **Consiliere** propune perspective utile în dialogurile față în față.
- (b) **Mediere între două sau mai multe părți.**
- (c) Sprijin pentru activități sociale, rituale, educaționale, recreative și artistice, care promovează construirea de relații și rezolvarea problemelor (a se vedea Caseta 46).

Cele trei metode se aplică, de obicei, la activitățile obișnuite ale MHPSS în care este importantă construirea de relații. Acestea sunt complementare și se susțin reciproc. Două sau mai multe metode pot fi combinate și aplicate concomitent sau consecutiv, în funcție de necesitățile și contextele activităților MHPSS.

Caseta 46

Legături cu capitolele anterioare

Activitățile sociale, rituale, educaționale, recreative, artistice la nivelul comunității, descrise în capitolele anterioare, se referă la o mare varietate de practici comunitare familiare care pot reuni un număr mai mare de persoane, pentru a îndeplini nevoile și scopurile comune ale comunității. Persoanele reunite în cadrul activităților comunitare pot proveni din aceeași comunitate sau din comunități diferite.

Atunci când sunt organizate în mod intenționat, activitățile la nivelul comunității pot ajuta persoane din tabere diferite ale unui conflict să se umanizeze reciproc și să câștige încredere, încurajându-le să depășească motivele care au generat conflictul. Asistenții MHPSS pot oferi liderilor comunitari sprijinul de care au nevoie pentru a utiliza în mod eficient activitățile comunitare, astfel încât să gestioneze în mod constructiv problemele de conflict și provocările legate de relații. Printre exemplele reprezentative de astfel de activități comunitare se numără:

- Rituuri tradiționale de vindecare și reconciliere;
- Ceremonii de nuntă, de înmormântare și de botez;
- Slujbe religioase și sesiuni de educație religioasă;
- Rugăciuni interconfesionale pentru o cauză comună;
- Piețe și comerț între comunități;
- Colaborarea între comunități pentru agricultură, creșterea animalelor, pescuit și exploatarea forestieră;
- Cooperative pentru dezvoltarea mijloacelor de trai între comunități;
- Festivaluri ale comunității;
- Activități sportive între comunități;
- Teatru comunitar;
- Ajutorarea între comunități în caz de dezastre;
- Curățarea cartierelor, plantarea de copaci și protecția mediului realizate în comun de mai multe comunități;
- Utilizarea intenționată a mass-mediei și a rețelelor de socializare pentru consolidarea comunității;
- Elaborarea de programe școlare, formarea cadrelor didactice și predarea limbilor străine pentru a promova coeziunea comunitară și coexistența intercomunitară;
- Sesiuni sau întâlniri de dialog între comunități;
- Sesiuni de sprijin de grup.

Pentru informații privind modul de organizare a acestor activități, vă rugăm să consultați capitolele anterioare.



Caseta 47

Aplicarea competențelor de analiză și transformare a conflictelor

Faceți click [aici](#) pentru studii de caz privind modul de aplicare a competențelor de analiză și transformare a conflictelor în situații concrete de urgență umanitară.



10.2.2 Nevoile de formare ale lucrătorilor MHPSS în domeniul transformării și medierii conflictelor

Conceptele, competențele și metodele de practică prezentate în secțiunile anterioare ale acestui capitol propun o serie de subiecte pe care asistenții MHPSS le pot studia pentru a-și extinde capacitatea de soluționare a conflictelor interpersonale și comunitare în situațiile de urgență umanitară. Pentru informații privind programele de formare utilizate de diferite misiuni ale IOM, vă rugăm să contactați Compartimentul MHPSS al IOM la adresa contactpss@iom.int. Un rezumat concis al subiectelor propuse poate fi găsit [aici](#).



10.3. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Deși o analiză a dimensiunilor relaționale, culturale și structurale ale conflictului necesită o gândire extrem de abstractă, recunoașterea comportamentului conflictual nu necesită prea multă abstractizare, deoarece comportamentul este, de obicei, vizibil și tangibil. Atunci când ne confruntăm cu violența și suferința umană, gândirea rațională necesară pentru a înțelege complexitatea conflictului este uneori compromisă, iar elementele fundamentale ale conflictului, cum ar fi istoria acestuia, cauzele profunde ale violenței și alți factori, sunt neglijate. În fața violenței și a urgențelor umanitare, oamenii se pot distanța de tipul de gândire abstractă necesară pentru analizarea, înțelegerea și procesarea situațiilor complexe de conflict, care au dus la o izbucnire a violenței, și se pot concentra în schimb pe o evaluare imediată a comportamentelor violente. Păstrând în minte triunghiul atitudine-comportament-contradicție (ABC), asistenții MHPSS pot sprijini indivizii și comunitățile aflate în conflict să restabilească o imagine holistică, multidimensională a Sinelui și a Celuilalt.

Printr-un astfel de proces de educație și dialog public susținut, lucrătorii MHPSS pot ajuta părțile implicate în conflict și părțile interesate să recâștige o capacitate de auto-reflecție și o disponibilitate psihosocială pentru analiza conflictului și prevenirea violenței.

Violența face ca părțile aflate în conflict să fie pesimiste cu privire la perspectivele de viitor. Aceasta îi descurajează să creadă și să investească în găsirea de soluții creative la probleme. În astfel de condiții de pesimism și deznădejde, asistenții MHPSS pot ajuta părțile aflate în conflict și membrii comunității să își regăsească spiritul creativ. În mod concret, asistenții MHPSS pot prezenta exemple de succes și cele mai bune practici de găsire a unor soluții creative la probleme din propriile comunități ale părților, precum și din alte surse credibile.

De asemenea, asistenții MHPSS pot prezenta părților competențe și metode de transformare și mediere a conflictelor, precum cele descrise în acest capitol, astfel încât acestea să își poată extinde setul de instrumente necesare pentru a aborda conflictele în mod constructiv și creativ.

➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Arai, T.

2009 *Creativity and Conflict Resolution: Alternative Pathways to Peace*. Routledge, London.

2017 *Promoting Interreligious Harmony in Myanmar: A Guide to Training and Dialogue*. Peaceful Myanmar Initiatives, Yangon, Myanmar.

Barsky, A.E.

2014 *Conflict Resolution for the Helping Professions*. Oxford University Press, New York.

Beer, J.E. and C.C. Packard, with E. Stief

2012 *The Mediator's Handbook*. New Society Publishers, Gabriola Island, B.C., Canada.

Conflict Sensitivity Consortium

2012 *How to Guide to Conflict Sensitivity*.

Galtung, J.

2000 *Conflict Transformation by Peaceful Means (the Transcend Method)*. United Nations Disaster Management Training Programme.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



**11.
ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL,
PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE
DE SUBZISTENȚĂ**



11.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

11.1.1 Ce este un mijloc de subzistență?

Într-o definiție simplă, mijloacele de subzistență cuprind capacitățile, bunurile și activitățile necesare pentru asigurarea traiului. Acestea pot include strategii de subzistență, activități de obținere a veniturilor, angajare formală sau informală sau o combinație a tuturor acestora.

Mijloacele de subzistență reprezintă mult mai mult decât un venit sau un loc de muncă. Mijloacele de subzistență cuprind capitalul sau bunurile spirituale, umane, sociale, politice, financiare, naturale și fizice ale indivizilor. Ceea ce facem pentru a ne câștiga existența determină adesea cine suntem în societate și relațiile pe care le vom avea cu ceilalți. Aceasta poate determina oportunitățile pe care le putem accesa și calitatea vieții la care ne putem aștepta. Înțelese în acest mod, mijloacele de subzistență sunt o componentă fundamentală a bunăstării psihosociale generale.

În contextul umanitar, se întâmplă frecvent ca un program privind mijloacele de subzistență să fie definit doar prin prisma consolidării economice pe care o oferă pentru a-i ajuta pe oameni să depășească o criză. Pentru a fi sustenabil, sprijinul pentru mijloacele de subzistență trebuie să ajute indivizii, familiile și comunitățile să reziste și să se refacă după un șoc cu aceleași capacități sau cu capacități îmbunătățite față de cele de dinaintea șocului/crizei, fără a amenința și mai mult baza de resurse naturale. A se vedea Caseta 48.

Caseta 48

Mijloace de subzistență sustenabile

- Nu compromit disponibilitatea pe termen lung a resurselor naturale;
- Nu pun în pericol mijloacele de subzistență ale celorlalți;
- Nu depind de resurse externe, cum ar fi finanțarea externă.

11.1.2 De ce ar trebui combinată programarea mijloacelor de subzistență cu MHPSS

În situații de urgență, accesul oamenilor la mijloacele de subzistență este adesea perturbat. Pot exista dificultăți sporite în ceea ce privește mijloacele de subzistență, însoțite de un stres inerent. Mai mult decât atât, pierderea mijloacelor de subzistență poate fi adesea unul dintre cei mai mari factori de impact atât asupra percepției statutului social al unei persoane, cât și asupra sentimentului de control individual. Acesta poate fi deosebit de acut atunci când un cap de familie devine un „beneficiar” net al ajutorului, în loc să joace rolul de susținător al familiei pe care îl avea înainte de criză. Pentru a afla mai multe despre relațiile dintre accesul la mijloacele de subzistență și sănătatea mintală și bunăstarea psihosocială și pentru a înțelege mai bine acest capitol, a se vedea o serie de **filmulețe scurte** aici, în special pe cele ale James Walsh, Guglielmo Schininà și Elisabeth Babcock.

Motivația includerii sprijinului pentru mijloacele de subzistență în cadrul programului MHPSS se bazează pe două aspecte. În primul rând, prin promovarea securității economice, programarea mijloacelor de subzistență poate contribui la abordarea factorului de stres al insecurității financiare și materiale în situații de urgență. Acest factor de stres este identificat în mod constant de populațiile dintr-o diversitate de medii. De exemplu, evaluările rapide ale nevoilor MHPSS efectuate de IOM în diferite țări au evidențiat faptul că accesul nesigur la mijloacele de subzistență reprezintă una dintre cele mai mari cauze ale suferinței și ale altor sentimente negative. Programele de subzistență ajută la atenuarea acestui stres (**Howe et al., 2018**; Jalal, Frongillo și Warren, 2015).

În al doilea rând, accesul la mijloace de subzistență sigure poate consolida factorii de protecție care atenuază stresul și încurajează capacitatea de acțiune. De exemplu, capacitatea de a se întreține pe sine și familia sa favorizează un sentiment de eficacitate personală. Mijloacele de subzistență pot oferi, de asemenea, oportunități



pentru dezvoltarea abilităților, care pot îmbunătăți funcționarea generală și pot contribui la creșterea stimei de sine. Un loc de muncă de calitate poate contribui la reducerea simptomelor depresiei, prin promovarea unui sentiment mai mare de autonomie (Butterworth et al., 2011; van der Noordt et al., 2014). În plus, conexiunea socială pe care o oferă de cele mai multe ori mijloacele de subzistență poate contribui la un sentiment mai pronunțat de apartenență și poate ajuta la contracararea stigmatizării.

Intervențiile MHPSS pot fi, de asemenea, integrate în programele existente privind mijloacele de subzistență, cu aceleași beneficii. Aceasta este în special recomandată atunci când indivizii sau comunitățile au fost grav afectate de criză. Aceștia ar putea întâmpina dificultăți în a face ceva și în a începe sau a menține activitățile de subzistență fără servicii MHPSS adecvate. În acest caz, programul existent ar trebui să urmeze structura prezentată și trebuie efectuată o evaluare a modului în care se pot integra mai bine aspectele MHPSS pentru susținerea persoanelor afectate.

Caseta 49

Pentru a afla mai multe despre evaluări, selectați oricare dintre locațiile de mai jos

- Nord-estul Nigeriei;
- Sudanul de Sud;
- Haiti după cutremur;
- Zone urbane ale Libanului cu populații numeroase de refugiați irakieni.

11.1.3 Ce ne spun dovezile

Programarea mijloacelor de subzistență nu este un panaceu, iar practicienii nu ar trebui să se aștepte ca simpla adăugare a unei componente legate de mijloacele de subzistență la un program MHPSS să îmbunătățească în mod automat rezultatele, sau vice versa.

Cu toate că există o mare cantitate de literatură privind programele de asigurare a mijloacelor de subzistență, baza de dovezi privind programele care combină sprijinul pentru mijloacele de subzistență cu programele MHPSS este destul de limitată, deoarece multe dintre programele de asigurare a mijloacelor de subzistență nu sunt concepute cu gândul la efectele asupra sănătății mintale sau a bunăstării psihosociale și/sau nu sunt evaluate în aceste privințe. Un număr chiar mai mic a fost pus în aplicare în situații de urgență. O analiză sistematică realizată de **Lund et al.** (2012) a inclus numai cinci evaluări de programe care au cuprins indicatori atât pentru mijloacele de subzistență, cât și pentru rezultatele MHPSS, în timp ce analiza realizată de Kumar și Willman (2017) a identificat opt, dar niciunul nu a fost realizat în situații considerate de urgență.

Cu toate acestea, **există dovezi promițătoare din alte contexte**, care permit identificarea unor principii directe pe baza cărora să poată fi concepută programarea mijloacelor de subzistență în cadrul programelor MHPSS în situații de urgență. Acestea sunt tratate în secțiunea următoare.

11.1.4 Considerații orientative în legătură cu planificarea intervențiilor privind mijloacele de subzistență pentru stimularea MHPSS

Intervențiile care poartă denumirea de „sprijin pentru mijloacele de subzistență” variază foarte mult din punct de vedere al obiectivelor, conceprii și obiectului. Acestea variază de la programe de transfer de numerar și de asigurare socială la formare profesională, sprijin pentru antreprenoriat și activități de facilitare a pieței. Chiar și în cadrul anumitor categorii de programe vizând mijloacele de subzistență, există o mare diversitate. Un program de transfer de numerar poate să urmărească strict creșterea veniturilor sau poate avea obiective sociale mai ample, cum ar fi emanciparea femeilor sau a tinerilor, restabilirea unui sentiment de normalitate sau chiar reducerea violenței.

În plus, tipul de opțiuni de intervenție pentru mijloacele de subzistență disponibile va varia foarte mult în funcție de gradul de stabilitate dintr-un anumit context. În situații extrem de volatile, intervențiile se concentrează pe salvarea de vieți: de exemplu, prin distribuirea de alimente, semințe sau instrumente precum mașini de măcinat. În mediile mai stabile, intervențiile se pot concentra pe crearea de active, pe sprijinirea ocupării forței de muncă sau pe antreprenoriat.

În cele din urmă, sustenabilitatea mijloacelor de subzistență depinde de accesul oamenilor la piețe, astfel încât aceștia să nu mai depindă de sprijin extern, acesta fiind de multe ori peste posibilitățile programelor MHPSS în situații de urgență. Programele de asigurare a mijloacelor de subzistență ar trebui incluse încă de la începutul situației de urgență, dar opțiunile de intervenție trebuie adaptate la situația contextuală specifică.

Nu există un model unic sau un ghid „de instrucțiuni” care să acopere marea diversitate a programelor de asigurare a mijloacelor de trai. Deoarece mijloacele de subzistență sunt determinate de condițiile locale, alegerea și elaborarea programelor ar trebui să rezulte din cunoașterea contextului programului. Contextul taberelor prezintă adesea provocări specifice în ceea ce privește dezvoltarea mijloacelor de subzistență. În special, mijloacele de subzistență se dezvoltă în

condiții de stabilitate (care lipsește de obicei în tabere), iar concentrarea mare de persoane cu mijloace limitate poate restrânge oportunitățile. Această secțiune nu se dorește a fi exhaustivă, ci să servească drept orientare pentru câteva considerații importante.

Aceasta se bazează pe **Standarde Minime pentru Redresarea Economică a Rețelei de Educare și Promovare a Antreprenoriatului la Scară Mică**, care prezintă standarde minime de facilitare a redresării economice în situații de criză, oferind îndrumări cu privire la aspectele de care trebuie să se țină seama atunci când sunt planificate activitățile de asigurare a mijloacelor de subzistență.

Intervențiile privind mijloacele de subzistență care urmăresc atenuarea surselor de stres și consolidarea factorilor de protecție s-au dovedit a fi cele mai eficiente în stimularea sănătății mintale și a bunăstării psihosociale. În acest scop, este util ca:

- Așteptările să fie menținute la un nivel realist: Începeți la scară mică și fiți sinceri cu populațiile afectate în ceea ce privește obiectivele și constrângerile.
- Evitați să adăugați un stres suplimentar: Mențineți proiectele simple și țineți cont de stresul cu care se confruntă deja oamenii.
- Concentrați-vă pe crearea de active pentru a îmbunătăți capacitatea oamenilor de a face față șocurilor în timp.
- Reduceți principalii factori de stres, cum ar fi insecuritatea alimentară sau tensiunile sociale.
- Conectați-vă la relațiile sociale acolo unde este sigur/posibil, pentru a vă baza pe sursele de reziliență (grupuri de sprijin existente, sisteme de achiziții locale).
- Corelați nevoile și capacitățile cu piețele, pentru a pregăti oamenii pentru succes: Realizați în mod obligatoriu o evaluare a sistemelor de piață (a se vedea 11.2.3 pentru detalii). Corelați capitalul uman identificat în rândul populațiilor afectate cu nevoia de capital financiar de pe piață. Capitalul social și rețelele existente în rândul persoanelor din populația afectată și din comunitățile gazdă ar



11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ

trebui explorate și avute în vedere pentru realizarea unei intervenții eficiente.

- Luați în considerare sensibilitățile legate de acțiunile propuse. Consultați părțile interesate pentru a vă asigura că acțiunile vizate nu privilegiază anumite grupuri și că deciziile sunt comunicate în mod clar.



Pentru mai multe informații cu privire la punctele menționate mai sus, consultați [aici](#):



11.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

11.2.1 Verificați dacă agenția derulează deja un program de asigurare a mijloacelor de subzistență

În cazul în care agenția derulează deja un program de asigurare a mijloacelor de subzistență, responsabilii ar trebui să acorde asistență în:

- Sensibilizarea în rândul colegilor care lucrează în domeniul sprijinirii mijloacelor de subzistență cu privire la aspectele MHPSS ale activității desfășurate de aceștia, utilizând următoarele **cursuri de formare** online.
- Analizarea posibilităților sinergii între programul MHPSS și programele de asigurare a mijloacelor de subzistență, care pot include:
 - Includerea componentelor MHPSS (grupuri de discuții, sesiuni de grup, consiliere individuală) în programele de susținere a mijloacelor de subzistență;
 - Atingerea acelorași comunități cu intervenții coordonate;
 - Schimbul de informații referitoare la punctele vulnerabile și la resursele identificate în comunitate.



11.2.2 Includerea unui specialist în mijloace de subzistență în cadrul echipei și instruirea personalului implicat în acest domeniu

Este de așteptat ca puține persoane să cunoască atât domeniul MHPSS, cât și pe cel al mijloacelor de subzistență. Din acest motiv, în cazul în care nu există deja experți în mijloace de subzistență în

cadrul agenției/misiunii, echipele vor contracta un specialist în mijloace de subzistență pentru planificarea și desfășurarea activităților ca parte a unui program mai amplu de MHPSS. Specialistul ar trebui, de asemenea, să fie responsabil de formarea membrilor echipei pe termen scurt în aceste noi domenii. În mod ideal, această persoană va fi recrutată la nivel local, pentru a avea o bună cunoaștere a contextului, dar ar putea fi recrutată la nivel internațional, în funcție de amploarea programului. Aceasta ar trebui să dețină o cunoaștere aprofundată a contextului și a pieței, precum și o anumită experiență în realizarea de evaluări ale sistemului de piață și în supravegherea programelor de asigurare a mijloacelor de subzistență. De asemenea, specialistul ar trebui să fie instruit în legătură cu conceptele de bază ale MHPSS. La un nivel minim, această persoană ar putea urma acest **curs de instruire online** și învăța capitolele relevante din *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007)*.

Se pot recruta adesea talente locale pentru sprijinirea unor activități specifice de subzistență. De exemplu, în cazul în care intervențiile privind mijloacele de subzistență asociate cu MHPSS vor oferi cursuri de formare în meserii precum croitorie sau tâmplărie, meseriașii locali pot ajuta la organizarea cursurilor și la îndrumarea participanților la proiect.

Personalul responsabil cu mijloacele de subzistență și partenerii de implementare - inclusiv formatorii, instructorii și facilitatorii - ar trebui să fie instruiți cu privire la (a) considerațiile de bază în domeniul MHPSS, (b) efectul nivelurilor toxice de stres asupra programelor de asigurare a mijloacelor de subzistență, (c) modul în care pot fi luate în considerare nivelurile toxice de stres în elaborarea și punerea în aplicare a oportunităților de asigurare a mijloacelor de subzistență și (d) mecanismele de îndrumare și de identificare a riscurilor de protecție și MHPSS.

- Astfel de cursuri de formare pot fi derivate din:
- Clipul video realizat de Elizabeth Babcock [aici](#);
- Cursul de formare cuprinzător USIP privind mijloacele de subzistență și **MHPSS**;
- Prin contactarea contactpss@iom.int.



11.2.3 Evaluarea sistemelor de piață pentru corelarea sprijinului pentru mijloacele de subzistență cu cererea

Un sistem de piață este alcătuit din producători, furnizori, comercianți și consumatori, care adaptează oferta de bunuri și servicii la cerere. Aceste sisteme sunt esențiale în situații de urgență, deoarece ajută oamenii să își satisfacă nevoile de bază și să își protejeze mijloacele de subzistență. Piețele pot fi un element deosebit de important de luat în considerare, având în vedere diferențele mari dintre mediul din tabere și cel din afara acestora. De multe ori, taberele sunt despărțite de piețele locale, dar, în schimb, oferă oportunități unice de concentrare a cererii. Pentru mai multe indicații cu privire la modul de realizare a unei evaluări a pieței, a se vedea **aici**.



Din perspectiva MHPSS, este important ca informațiile obținute în urma analizei de piață să corespundă cu așteptările persoanelor implicate în programe, cu competențele și obiectivele acestora. Este, într-adevăr, important să se respecte mecanismele și așteptările de adaptare existente ale oamenilor, oferind în același timp opțiuni comerciale adecvate. În elaborarea programului, trebuie să se găsească un echilibru între aceste două elemente, după cum este explicat în secțiunea următoare.

11.2.4 Explorarea compromisurilor

Cu ajutorul evaluării sistemelor de piață, este posibilă explorarea eventualelor opțiuni și compromisuri, pentru a decide ce tip de intervenție privind mijloacele de subzistență poate produce cel mai mare impact în domeniul MHPSS. Compromisurile nu înseamnă că intervențiile nu merită urmărite, ci doar că ar putea fi necesare măsuri de atenuare pentru a aborda eventualele efecte negative.

Unele compromisuri importante care trebuie luate în considerare sunt:

- Adăugarea versus ameliorarea suferinței: Toate intervențiile generează o anumită suferință. Este important să se înțeleagă cum ar putea arăta această suferință și cum/dacă poate fi atenuată de beneficiile intervenției. De exemplu, suferința, să zicem, legată de un împrumut de tip microcredit va fi mai mare decât potențialele beneficii în materie de economii/venituri? În cadrul unui program MHPSS, se va evita orice activitate de subzistență care ar putea adăuga un stres suplimentar în viața populațiilor afectate.
- Programul va fi orientat către cei mai vulnerabili, iar nu către cei care au mai multe șanse de reușită: Deoarece resursele sunt adesea limitate, iar riscurile sunt majore în situațiile de urgență, programele nu pot răspunde simultan



11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ

nevoilor tuturor. Un compromis important apare între orientarea către persoanele care se descurcă deja bine, astfel încât acestea să poată contribui mai mult la economiile locale, și orientarea către persoanele cele mai vulnerabile, pentru un eventual impact social mai mare. Acest aspect este important de avut în vedere în cadrul programelor MHPSS adresate celor mai vulnerabile populații.

- Beneficiul pe termen scurt versus beneficiul pe termen lung/sistemic: Cum va găsi programul un echilibru între necesitatea de a răspunde nevoilor urgente ale oamenilor în prezent și importanța de a investi în schimbări mai sistemice? De exemplu, un program de muncă remunerată ar putea oferi un impuls necesar economiei locale, dar sustenabilitatea acestuia va fi limitată dacă persoanele întâmpină obstacole structurale, cum ar fi excluderea de pe piețe din cauza statutului de migrant sau a sexului.
- Orientarea către grupuri specifice versus o abordare teritorială: Situațiile de urgență sunt adesea contexte de instabilitate și divizare socială. Intervențiile care vizează un anumit grup - refugiați sau migranți - pot îmbunătăți bunăstarea grupului respectiv, dar pot risca, de asemenea, să contribuie la tensiuni cu alte grupuri, inclusiv cu comunitățile gazdă. Trebuie luate decizii cu privire la necesitatea de a acorda prioritate bunăstării unui grup mai mic față de intervențiile care servesc un grup mai larg - de exemplu, toți cei care locuiesc într-o zonă geografică delimitată.
- Stimularea economiilor locale versus denaturarea piețelor: Una dintre întrebările esențiale în numeroase programe de asigurare a mijloacelor de subzistență - în special cele de tip muncă remunerată și transferuri de numerar - este cât de mare ar trebui să fie valoarea alocației sau a transferului. În cazul în care este prea mică, impactul va fi limitat sau chiar neglijabil. Dacă este prea mare, poate da naștere unor stimulente greșite - de exemplu, acumularea de alimente/bunuri cumpărate cu banii sau distrașterea oamenilor de la alte oportunități de obținere a veniturilor, care nu depind de sprijin extern. În mod similar, programele care furnizează animale vii riscă să distorsioneze prețurile de piață pentru aceste animale, prin simpla

creștere a ofertei, deși majoritatea programelor sunt prea mici pentru ca acest lucru să fie o preocupare esențială.

- Riscul de subminare a altor intervenții MHPSS: Inițiativele privind mijloacele de subzistență sunt susceptibile de a fi foarte atractive pentru anumite grupuri, în special dacă sunt implicate transferuri de numerar sau de active. În momentul introducerii unor astfel de inițiative, este esențială coordonarea cu alți furnizori de servicii, pentru a se asigura că acestea nu intră în concurență cu alte intervenții esențiale ale MHPSS și nici nu le subminează.
- Pentru aceasta, ar putea fi necesară o coordonare corespunzătoare a programelor de activități, pentru a permite participanților să asiste la ambele tipuri de activități, sau ar putea fi solicitată participarea ca o condiție prealabilă pentru a beneficia de sprijin pentru mijloacele de subzistență.

11.2.5 Evaluarea continuă a riscurilor, în special a riscurilor pentru siguranța personală

Introducerea de resurse într-o comunitate poate expune oamenii la noi amenințări și riscuri. Aceasta poate atrage infracționalitatea sau poate spori conflictul domestic, prin modificarea echilibrului de control asupra finanțelor între bărbați și femei sau între generații. Activitățile care contravin normelor sociale - de exemplu, formarea profesională pentru femei în domenii netradiționale - pot crește involuntar riscul pentru persoanele care le accesează (**Comisia pentru Femei Refugiate, 2015**). **Aici** puteți găsi un cadru util pentru înțelegerea și evaluarea riscurilor în situații de urgență.

Aceste riscuri trebuie evaluate inițial și monitorizate pe parcursul implementării. Responsabilii ar trebui să-i întrebe pe oameni ce fel de considerații ar putea fi utile: de exemplu, organizarea cursurilor de instruire sau a întâlnirilor mai aproape de locul unde locuiesc oamenii, organizarea evenimentelor în timpul zilei sau includerea de întâlniri cu familiile/gospodăriile pentru a-i ajuta pe parteneri să se simtă incluși și să vadă





Cursuri de informatică în tabăra Haj Ali, Irak. © IOM 2015/Aziz RABER

beneficiile programului. Astfel, se va reduce riscul apariției stresului asociat cu participarea la activitățile de subzistență, cum ar fi cele legate de mersul pe jos până la locul de desfășurare a activității pe timp de noapte sau neînțelegerile din familie cu privire la participare.

11.2.6 Evaluarea avantajelor și a potențialelor dezavantaje ale diferitelor tipuri de programe

Cu ajutorul informațiilor adunate în cadrul evaluării și al analizei compromisurilor, se poate evalua caracterul adecvat al diferitelor tipuri de programe de asigurare a mijloacelor de subzistență. Tabelul 10 prezintă câteva dintre principalele avantaje și dezavantaje ale diferitelor tipuri de intervenții, care ar putea fi, de asemenea, combinate ca activități diferite ale unui singur program. Nu există o regulă acceptată care să stabilească ce intervenții funcționează mai bine în contextul taberelor sau în afara acestora. Aceasta este una dintre numeroasele variabile care trebuie stabilite în urma evaluării nevoilor. În orice caz, aceste exemple au fost structurate în funcție de probabilitatea de a fi implementate în contextul unei tabere. Acest tabel nu prezintă în mod exhaustiv toate opțiunile, ci oferă exemple ale câtorva dintre compromisurile prezentate mai sus:

Tabelul 10: Avantajele și dezavantajele diferitelor forme de sprijin pentru mijloacele de subzistență din perspectiva MHPSS

Programul de asigurare a mijloacelor de subzistență	Descriere	Avantaje/dezavantaje
	Transferuri directe	
Transferuri sociale directe de numerar	Banii - fie direct, fie sub formă de cupoane - sunt acordați participanților cu puține condiții sau fără condiții. În cazul în care obiectivul este de a le permite oamenilor să cumpere bunuri de bază, valoarea transferului este mică. În cazul în care obiectivul este de a promova securitatea economică, valoarea transferului este de obicei mult mai mare decât media.	<p><i>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență</i></p> <p>În situațiile în care accesul la credite și la capital reprezintă principala constrângere în ceea ce privește accesul la mijloacele de subzistență, transferurile de numerar pot asigura capitalul necesar pentru investiții (materiale, instrumente, cursuri de instruire) pentru promovarea securității financiare și stimularea economiilor locale.</p> <p><i>Avantajele din perspectiva MHPSS</i></p> <p>Permite oamenilor să își stabilească singuri prioritățile, în funcție de propriile nevoi și poate ajunge la persoanele cele mai vulnerabile.</p> <p><i>Posibile dezavantaje</i></p> <p>Impact limitat în cazul în care predomină alte piedici în calea securității financiare (de exemplu, normele sociale sau accesul afectat la piețe). Poate provoca o creștere a inflației sau poate denatura piețele locale și relațiile de putere, în cazul în care valoarea transferului este prea mare și/sau măsurile de reducere a riscurilor nu sunt corespunzătoare. Poate reduce sentimentul de autonomie și poate fi o sursă de rușine socială.</p>

11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ

<p>Muncă în schimbul hranei sau muncă remunerată</p>	<p>Participanții primesc ajutoare alimentare sau bani în schimbul muncii, de obicei în cadrul unor proiecte de lucrări publice (construirea sau refacerea infrastructurii, ridicarea gunoierului, printre altele).</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență Promovează securitatea alimentară, ajută la prevenirea vânzării de bunuri și contribuie la stimularea economiei locale.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Programul de muncă în schimbul hranei sau muncă remunerată poate include dezvoltarea competențelor și poate pune oamenii în legătură cu activități productive. Forța de muncă poate fi utilizată pentru reabilitarea activelor/infrastructurii comunitare, ceea ce poate stimula sentimentul comunităților de revenire la normalitate, precum și pentru a le spori sentimentul că sunt utili.</p> <p>Posibile dezavantaje Estimarea cantității adecvate de alimente sau de numerar este esențială, pentru a evita denaturarea piețelor și perturbarea excesivă a dinamicii de putere. Poate contribui la dependență. Este posibil ca programele fără experiență să nu favorizeze incluziunea, din cauza lipsei de înțelegere a modului de abordare a obstacolelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități. Munca poate fi umilitoare și pe termen scurt și, prin urmare, este posibil să nu contribuie la crearea unor mijloace de subzistență durabile. Proiectele de infrastructură comunitară trebuie gândite cu atenție. De exemplu, alegerea lucrărilor publice care urmează să fie reabilitate ar putea exacerba tensiunile dintre indivizi/grupuri?</p>
<p>Ocuparea forței de muncă și formarea profesională</p>		
<p>Locuri de muncă remunerate în domeniul intervențiilor de urgență</p>	<p>Identificarea oportunităților de ocupare a forței de muncă în cadrul intervenției în caz de urgență, de la furnizarea de servicii directe către populația afectată, până la structurile de asistență și administrative.</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență Poate mobiliza competențele existente ale populației și poate asigura oportunități de formare și de dobândire de competențe suplimentare. Poate promova dezvoltarea activată și un sentiment de utilitate și de autonomie.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Poate conferi un sens și un scop populațiilor afectate și poate îmbunătăți percepția acestora în cadrul comunității. Promovează dezvoltarea activată și sentimentul de autonomie. Pot fi combinate cu formarea competențelor. Reprezintă o formă obișnuită de sprijin pentru mijloacele de subzistență în cadrul programelor MHPSS.</p> <p>Posibile dezavantaje Poate genera resentimente în contexte complexe din punct de vedere social și/sau pot fi dificil de implementat pe baze de egalitate. Pentru a evita acest lucru, este necesară o analiză de piață. Angajarea unor persoane necalificate, care se pot confrunta cu propriul stres, poate periclita intervenția și bunăstarea psihosocială a populațiilor afectate.</p>
<p>Formarea forței de muncă/aptitudinilor și plasarea</p>	<p>Programe care au drept scop pregătirea persoanelor pentru locuri de muncă remunerate pe baza oportunităților de pe piață. Asigurarea de formare în domeniul competențelor profesionale de bază.</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență Creează active portabile. În cazul în care formarea este adaptată la oportunitățile disponibile pe piața muncii, pot stimula piața muncii și pot promova securitatea economică. Pot promova dezvoltarea activată și sentimentul de autonomie.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Pot contribui la promovarea stimei de sine și a sentimentului de eficacitate personală. Pot contribui la crearea de rețele sociale.</p> <p>Posibile dezavantaje Puține locuri de muncă (formale sau informale) disponibile în contexte de criză. Formarea fără plasament poate duce la creșterea așteptărilor sau la lipsa de aplicabilitate în lumea reală a muncii. Se poate dovedi dificil în cazul în care formarea nu corespunde cu oportunitățile de angajare disponibile sau dacă participanții nu au dreptul legal de a munci. Poate crea resentimente în cazul în care forța de muncă locală este deplasată.</p>

11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ

<p>Accesul la tehnologiile informației și comunicațiilor</p>	<p>Beneficiind de potențialul de a se conecta la ofertele mai largi ale MHPSS, centrele de resurse de informare sau centrele IT pot fi utilizate pentru asigurarea accesului la cursuri online, pentru obținerea de informații despre prețurile de pe piață sau despre cerere sau chiar (în cazuri rare) pentru accesarea oportunităților de angajare online.</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență În contexte de potențial foarte mare, posibilitatea de a obține venituri prin muncă independentă și conectarea la piețele globale.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Risc scăzut. Permite indivizilor să obțină ceea ce au nevoie și să își traseze propriul parcurs.</p> <p>Posibile dezavantaje Puțin probabil să aibă un impact semnificativ asupra mijloacelor de subzistență pe termen scurt, cu excepția cazului în care este combinat cu alte activități. Costuri ridicate de înființare, dacă nu sunt integrate cu alte intervenții în tabere (de exemplu, spații sigure). Este discriminatoriu pentru persoanele analfabete.</p>
<p>Active pentru obținerea de venituri</p>		
<p>Activități generatoare de venit - sprijin agricol de grup</p>	<p>Sunt acordate subvenții sau materiale (semințe, unelte) pentru sprijinirea/reînființarea activității grupului. Acesta poate fi în agricultură - producția vegetală - dar poate exista și în sectorul creșterii animalelor/pescuitului sau în activități non-agricole, cum ar fi croitorie de haine sau brutării.</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență Poate mobiliza competențele pe care oamenii le aduc cu ei, poate produce bunurile necesare, poate stimula economia locală. Intervențiile agricole pot promova securitatea alimentară, pot stimula economia locală, dacă oamenii produc suficient pentru vânzare.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Poate crea un sentiment de comunitate între membrii grupului care au acces la piețe. Poate integra formarea și consolidarea competențelor. Favorizează munca în grup, ceea ce poate crea un sentiment de comunitate.</p> <p>Posibile dezavantaje Este posibil ca programele lipsite de experiență să fie orientate către persoane fără dizabilități, în calitate de beneficiari, din cauza lipsei de înțelegere a modului de abordare a obstacolelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități. Potențial de denaturare a prețurilor de piață pentru bunurile sau animalele furnizate în cadrul programului. Poate contribui la concurența pentru resurse și la distrugerea mediului. Proiectele de înlocuire a activelor pot fi greu de evaluat cu exactitate și pot privilegia persoanele care au avut mai mult la început. Poate spori stresul și anxietatea și poate aduce frustrare.</p>
<p>Activități generatoare de venit - sprijin individual pentru creșterea animalelor sau pescuit</p>	<p>Furnizarea de animale sau de materiale pentru sprijinirea micilor întreprinderi sau a activităților generatoare de venituri, cum ar fi creșterea animalelor sau pescuitul (apă, hrană, îngrijire veterinară, plase). Sunt folosite pentru dezvoltarea activelor și a veniturilor și pentru promovarea securității alimentare. Poate implica, de asemenea, înlocuirea activelor după un dezastru.</p>	<p>Avantajele din perspectiva mijloacelor de existență Poate contribui la generarea de venituri. Poate promova securitatea alimentară, poate crea active și poate îmbunătăți securitatea alimentară. Activele pot fi mobile, în cazul în care persoanele afectate au fost strămutate și se întorc acasă.</p> <p>Avantajele din perspectiva MHPSS Poate integra formarea și consolidarea competențelor. Poate crește interacțiunea cu comunitățile gazdă în calitate de clienți/vanzători, permițând persoanelor strămutate să își extindă rețeaua. Pot promova dezvoltarea activată și sentimentul de autonomie.</p> <p>Posibile dezavantaje Este posibil ca programele lipsite de experiență să fie orientate către persoane fără dizabilități, în calitate de beneficiari, din cauza lipsei de înțelegere a modului de abordare a obstacolelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități. Potențial de denaturare a prețurilor de piață pentru bunurile sau animalele furnizate în cadrul programului. Poate contribui la concurența pentru resurse și la distrugerea mediului. Proiectele de înlocuire a activelor pot fi greu de evaluat cu exactitate și pot privilegia persoanele care au avut mai mult la început. Poate spori stresul și anxietatea și poate aduce frustrare.</p>

11. ASISTENȚĂ INTEGRATĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL, PRECUM ȘI SPRIJIN PENTRU MIJLOACELE DE SUBZISTENȚĂ

Alte tipuri comune de programe de asigurare a mijloacelor de subzistență, cum ar fi economiile și împrumuturile sătești și microcreditele, nu sunt luate în considerare în acest capitol, deoarece depășesc domeniul de aplicare al programelor MHPSS.

11.2.7 Identificarea unor parteneri facilitatori, unde este posibil

Data fiind importanța legăturilor cu piața, responsabilii de program ar trebui să încerce să identifice actori de pe piață cu care să se asocieze, atunci când este posibil. Trebuie distribuite semințe sau pot fi invitați furnizorii să se stabilească în locație sau în tabără pentru a le distribui în schimbul unor sume de bani sau cupoane? Poate fi angajat un furnizor de servicii financiare pentru administrarea transferurilor de numerar, care se vor transforma în conturi personale după încheierea intervenției? Acest lucru deschide mai multe oportunități pentru a construi relații economice durabile și pe termen lung.

În mod similar, simpla negociere a unui acces mai mare la piețele locale și regionale pentru populațiile țintă, în special cele din tabere, poate constitui o intervenție majoră în sine. Actorii de pe piață pot fi vizați prin conștientizarea nevoilor MHPSS ale populațiilor afectate, în special atunci când se lucrează cu grupuri vulnerabile.

11.2.8 Elaborarea unor strategii clare de tranziție

În interacțiunea cu comunitățile, este esențial să se stabilească un punct final clar pentru intervențiile de asigurare a mijloacelor de subzistență, astfel încât populațiile afectate să poată face planuri pentru viitor. Acest lucru trebuie comunicat în mod clar în cadrul acțiunilor de informare a comunității, precum și în cadrul oricăror cursuri de formare furnizate. Printr-o comunicare clară, se previne stresul și sunt sprijinite persoanele afectate să dobândească autonomie și să își recapete sentimentul de speranță.

11.2.9 Elaborarea unor procese integrate de monitorizare și evaluare

Având în vedere importanța adecvării la piață, un sistem de monitorizare și evaluare (M&E) trebuie să monitorizeze în permanență nu numai impactul intervențiilor asupra grupului țintă, ci și schimbările în evoluția pieței (care ar putea cunoaște un flux semnificativ, în special în perioada imediat următoare crizei).

Este posibil ca o intervenție să trebuiască adaptată, pentru a ține pasul cu schimbările de pe piață. Cel mai important pentru programarea MHPSS, intervenția ar trebui întotdeauna monitorizată și evaluată prin raportare la obiectivele MHPSS stabilite de program, pentru care persoanele pot consulta capitolul despre **Monitorizare și evaluare**. Având în vedere compromisurile prezentate mai sus, poate fi, de asemenea, important un cadru M&E care să analizeze și riscul de impact negativ asupra altor membri ai comunității. Un exemplu poate fi găsit **aici**.



11.2.10 Se va avea în vedere suplimentarea intervenției „de bază” cu asistență suplimentară pentru anumite grupuri

Este posibil ca anumite subseturi ale populației afectate să necesite asistență suplimentară pentru a beneficia de intervenție. S-ar putea ca în anumite grupuri să existe un grad mai mare de analfabetism, să dețină roluri în cadrul comunității care le interzic anumite activități sau să se confrunte cu obstacole care împiedică participarea la activitățile de asigurare a mijloacelor de subzistență. Pentru aceasta, poate fi necesară furnizarea de intervenții adaptate sau de asistență suplimentară, pentru a-i ajuta să profite la maximum de sprijin. De exemplu, abordarea obstacolelor de mediu, de atitudine și de politici cu care se confruntă persoanele cu dizabilități, sensibilizarea comunității pentru a facilita accesul la activități specifice, oferirea de cursuri de leadership pentru responsabilizarea anumitor grupuri sau cursuri privind competențele specifice, necesare

pentru accesul la mijloace de subzistență. Ar putea fi vorba despre cursuri de limbi străine, cursuri de alfabetizare, despre cum să învețe să se orienteze într-un mediu nou sau cum funcționează procesele de recrutare într-o locație nouă.

➔ 11.3. STUDII DE CAZ

Pentru exemple de programe de asigurare a mijloacelor de subzistență care au adoptat considerațiile MHPSS, a se vedea documentul *Nigeria's Community-Based Conflict Management and Cooperative Use of Resources in Nigeria* (CONCUR) [Gestionarea conflictelor și utilizarea în cooperare a resurselor la nivelul comunității în Nigeria] [aici](#), și programarea integrată IOM în Irak [aici](#).



➔ 11.4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Pentru provocările și observațiile legate de integrarea MHPSS și a sprijinului pentru mijloacele de subzistență, vă rugăm să consultați secțiunea **11.2.4** privind compromisurile și secțiunea **11.2.6** privind avantajele și dezavantajele.



➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Blattman, C., J. Jamison and M. Sheridan

2015 Reducing Crime and Violence: Experimental Evidence on Adult Non-Cognitive Investments in Liberia. Working Paper No. 21204, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts, United States.



Butterworth, P., L. Leach, L. Strazdins, S. Olesen, B. Rodgers and D. Broom

2011 The Psychosocial Quality of Work Determines Whether Employment Has Benefits for Mental Health: Results from a Longitudinal National Household Panel Survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(11):806–812.



Jalal, C.S., E. Frongillo and A. Warren

2015 Food Insecurity Mediates the Effect of a Poverty Alleviation Programme on Psychosocial Health Among the Ultra-Poor in Bangladesh. *The Journal of Nutrition*, 145:1934–1941, doi:10.3945/jn.115.210799.



Mani, A., S. Mullainathan, E. Sharif and J. Zhao

2013 Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341:76–80.



Pentru mai multe referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



12.
**CONSOLIDAREA ASISTENȚEI
ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI
PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI**

➔ 12.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Comitetul Permanent Inter-Agenții (IASC) definește protecția după cum urmează:

Toate activitățile având drept scop asigurarea respectării depline a drepturilor individului în conformitate cu litera și spiritul textelor legislative relevante, și anume legislația privind drepturile omului (IHL), dreptul internațional umanitar (IHL), dreptul internațional al refugiaților (IRL) (**IASC, 2016**).

Protecția este responsabilitatea tuturor actorilor care intervin într-un cadru umanitar (a se vedea Casetă 50 și IASC, 2016), și este în mod special pentru actorii MHPSS, deoarece „există o relație intimă între promovarea sănătății mintale și a bunăstării psihosociale și protecția și promovarea drepturilor omului”, în conformitate cu *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență Comitetul Permanent Inter-Agenții (IASC)* (**IASC, 2007**). În consecință, drepturile omului și echitatea sunt primele principii de bază ale MHPSS promovate de Orientări (a se vedea Casetă 51), iar trei fișe de acțiune (3.1, 3.2, 3.3) sunt consacrate relației dintre intervențiile MHPSS și încălcările și **protecția** drepturilor omului.

Casetă 50

Caracterul central al protecției în acțiunile umanitare - Declarația principiilor IASC (IASC, 2013)

Protecția tuturor persoanelor afectate și aflate în pericol trebuie să stea la baza procesului decizional și a răspunsului umanitar, inclusiv a angajamentului cu statele și părțile nestatate la conflict. Aceasta trebuie să ocupe un loc central în eforturile noastre de pregătire, ca parte a activităților imediate și de salvare a vieților, precum și pe întreaga durată a intervenției umanitare și dincolo de aceasta. În termeni practici, aceasta înseamnă identificarea persoanelor expuse la risc, a modului și a motivelor de la începutul unei crize și ulterior, ținând seama de vulnerabilitățile specifice care stau la baza acestor riscuri, inclusiv cele cu care se confruntă bărbații, femeile, fetele și băieții, precum și grupuri cum ar fi persoanele strămutate intern, persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități și persoanele aparținând grupurilor sexuale și altor **minorități**.

Drepturile omului se bazează pe respectarea demnității și a valorii fiecărui individ, cu caracteristicile, capacitățile și rezistența unice. În situații de urgență, precum și în cazul migrației și al strămutării care rezultă din acestea, este mai probabil ca persoanele:

- Să fie în pericol de moarte;
- Să își piardă sentimentul demnității;
- Să fie vizate în mod deliberat sau amenințate cu violența, abuzul și exploatarea;
- Să fie discriminați în ceea ce privește accesul la hrană și apă, adăpost, asistență medicală și alte nevoi de bază;
- Să întâmpine obstacole în calea accesului la educație sau la documente civile.

Statele au responsabilitatea de a promova, respecta și proteja drepturile omului pentru toți, fără discriminare pe criterii de „rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau de altă natură, origine națională sau socială, patrimoniu, naștere sau orice alt statut”, inclusiv statutul migrator. Acest lucru este în conformitate cu principiile umanitare de umanitate, neutralitate, imparțialitate și **independență**.

12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI

În mod mai practic, au fost identificate patru elemente-cheie ale integrării protecției în alte sectoare, pentru materializarea principiilor de protecție din standardele Sphere. Acestea sunt:

- Îmbunătățirea siguranței, a demnității și a drepturilor persoanelor și evitarea expunerii acestora la pericole.
- Asigurarea accesului persoanelor la asistență în funcție de nevoi și fără discriminare.
- Asistența acordată persoanelor pentru a se recupera după efectele fizice și psihologice ale violenței, ale constrângerii sau ale privării deliberate, reale sau potențiale.
- Asistență acordată persoanelor pentru revendicarea **drepturile**.

migrația forțată; (d) situația specifică de strămutare sau de migrație (secțiunea IV.4).

Interdependența acestor factori poate fi ilustrată prin ecuația din figura 11.

Figura 11: Ecuația protecției

$$\text{RISC} = \frac{\text{AMENINȚĂRI} \times \text{VULNERABILITĂȚI}}{\text{CAPACITĂȚI}}$$

Sursa: DG ECHO (2016).

Deși această evaluare a factorilor păstrează un puternic caracter contextual și nu poate fi întotdeauna generalizată în categorii care să se potrivească tuturor situațiilor de urgență, printre persoanele care ar putea necesita măsuri de protecție specializată, în special sub aspectul protejării bunăstării mentale și psihosociale a acestora, se numără:

- **Supraviețuitorii GBV;**
- Supraviețuitorii traficului de persoane;
- Copii neînsoțiți și separați de familie;
- Persoane cu dizabilități;
- Persoane cu tulburări mentale, neurologice și de consum de substanțe;
- Pacienți cu boli cronice;
- **Migranți blocați sau reținuți;**
- **Alte grupuri care urmează să fie stabilite în funcție de context.**

Lista nu este exhaustivă, dar oferă o bază pentru prioritizarea anumitor grupuri de persoane în funcție de vulnerabilitatea acestora la anumite amenințări. Mai multe informații referitoare la acordarea de sprijin pentru aceste grupuri în contextul COVID-19 pot fi găsite în **acest set de instrumente**. Ca **anexă** la acest capitol, echipele specializate în domeniul MHPSS și Protecției de la sediul IOM au elaborat orientări privind particularitățile combaterii violenței bazate pe gen în cadrul programelor MHPSS, împreună cu actorii din domeniul Protecției. Instruirea privind anexa este disponibilă prin contactarea **contactpss@iom.int**.

Caseta 51

Principiile IASC

Principiul 1: Drepturile omului și echitatea
Actorii umanitari ar trebui să promoveze drepturile omului pentru toate persoanele afectate și să protejeze persoanele și grupurile care sunt expuse unui risc crescut de încălcare a drepturilor omului. De asemenea, actorii umanitari ar trebui să promoveze echitatea și nediscriminarea. Altfel spus, aceștia ar trebui să urmărească maximizarea echității privind disponibilitatea și accesibilitatea asistenței pentru sănătate mintală și a sprijinului psihosocial în rândul populațiilor afectate, indiferent de sex, grupe de vârstă, grupuri lingvistice, grupuri etnice și localități în funcție de nevoile identificate (IASC, 2007: 9).

12.1.1 Cine ar putea avea nevoie de protecție

În **Principiile acțiunii umanitare**, IOM (2015b) identifică patru factori de vulnerabilitate interdependenți, care condiționează nevoia de protecție: (a) caracteristicile individuale; (b) condițiile sociale, economice, de mediu și politice preexistente; (c) factorii perturbatori externi induși sau rezultați din

12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI

Caseta 52

Protecția în cadrul IOM

IOM este dedicată integrării protecției în toate activitățile sale din contexte umanitare, prin metode care urmăresc să nu facă rău, să acorde prioritate siguranței și demnității, să încurajeze responsabilizarea și participarea, să nu fie discriminatorii și să se bazeze pe nevoi. În plus, IOM acționează la toate nivelurile de protecție general acceptate.

Politica IOM privind principiile umanitare formalizează aderarea organizației la principiile umanitare ale IASC și poate fi consultată **aici**.

Integrarea protecției IOM în situații de urgență schematizează modul în care IOM se implică în domeniul protecției și poate fi găsită **aici**.



➔ 12.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

MHPSS este înțeleasă ca parte integrantă și specializată a activităților de protecție și complementare, iar colaborarea strânsă între programele MHPSS și programele de protecție ar trebui să fie norma în domeniu. Programele MHPSS ar trebui să contribuie la diminuarea riscurilor legate de protecție, la consolidarea capacităților existente și la diminuarea amenințărilor și vulnerabilităților (a se vedea Caseta 54). Acestea ar trebui să furnizeze MHPSS pentru cazurile de protecție identificate și să îndrume către actorii din domeniul protecției clienții MHPSS care au nevoie de asistență pentru protecție. Practicienii MHPSS ar trebui să lucreze cot la cot cu responsabili cazurilor de protecție, atunci când sunt prezenți, pentru evaluarea riscurilor în materie de protecție și pentru elaborarea unor planuri de gestionare a cazurilor care să includă tratamentul, evaluarea riscurilor și planificarea siguranței, astfel încât să contribuie la reducerea sau diminuarea acestor riscuri. Urmărirea și colaborarea dintre

MHPSS și actorii din domeniul protecției sunt esențiale pentru obținerea unor rezultate pozitive în materie de protecție. Prin urmare, activitățile MHPSS pot contribui la diferite rezultate pozitive în materie de protecție în cadrul nucleului de protecție (a se vedea Figura 12), care se extinde la faptul că pot contribui la responsabilizarea și la creșterea rezilienței persoanelor și a comunităților afectate pentru a-și revendica drepturile, pentru a participa activ la procesele decizionale din comunitățile lor și pentru a recurge la mecanisme pozitive de adaptare în situații de criză, contribuind astfel la creșterea protecției acestora.

Sinerghiile și acțiunile coordonate ar trebui puse în aplicare pe parcursul întregului ciclu al proiectului, astfel cum este descris în următorul cadru operațional în șapte etape.

12.2.1 Includerea aspectelor legate de protecție în programarea serviciilor MHPSS

12.2.1.1 Analiza contextului

Responsabilii programelor MHPSS ar trebui să înțeleagă contextul general de protecție și să cunoască analizele existente privind riscurile de protecție, atunci când elaborează răspunsuri la impactul real și potențial al încălcărilor și abuzurilor asupra sănătății mintale și a bunăstării psihosociale a populațiilor vulnerabile. În majoritatea contextelor umanitare, aceste informații pot fi obținute de la:

- (a) Grupul de protecție și domeniul de responsabilitate al acestuia (AoR):
 - (ii) Protecția copilului;
 - (iii) GBV;
 - (iv) Locuințe, terenuri și proprietăți;
 - (v) Acțiune împotriva minelor.
- (b) Grupul de lucru MHPSS, acolo unde există.
- (c) Grupurile tematice pentru sănătate și educație.
- (d) Strategia echipei de țară a Organizației Națiunilor Unite/echipei umanitare la nivel de țară.
- (e) Planificarea intervenției umanitare.
- (f) Prezentarea generală a nevoilor umanitare.

12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI

Astfel, pentru un responsabil MHPSS, participarea grupului tematic de protecție și a subgrupurilor relevante și schimburile constante cu actorii din domeniul protecției sunt esențiale.



Înțelegerea contextului de protecție și analiza de risc vor contribui la **evaluarea nevoilor** MHPSS, pentru elaborarea unui răspuns mai bun.

12.2.1.2 Coordonare și parteneriat

Având în vedere complementaritatea obiectivelor și principiilor lor, actorii din domeniul MHPSS și cei din domeniul protecției ar trebui să coordoneze activitățile pentru a se asigura că acționează în mod eficace și eficient în vederea atingerii rezultatelor în materie de protecție și că respectă drepturile populațiilor afectate. Acest lucru înseamnă că responsabilii de programe MHPSS ar trebui să se asigure că:

- (a) Modalitățile de îndrumare pentru protecție sunt cunoscute de echipele MHPSS, inclusiv cunoașterea și înțelegerea serviciilor disponibile și a naturii acestora.
- (b) MHPSS este inclusă în traseele de îndrumare ale echipelor și actorilor din domeniul protecției.
- (c) Atât echipele MHPSS, cât și actorii din domeniul protecției sunt conștienți de indicatorii respectivi de identificare pentru îndrumare.
- (d) Există un acord privind consimțământul în cunoștință de cauză, transferul de date, protecția datelor și principiile și procedurile de confidențialitate pentru îndrumare reciprocă pe toată perioada de asistență.
- (e) Îndrumarea clienților MHPSS către actori din domeniul protecției ar trebui să fie monitorizate și documentate, respectând în același timp confidențialitatea clienților.
- (f) Un membru al personalului MHPSS va fi responsabil de legătura cu organizațiile externe, pentru a asigura coerența rutelor de îndrumare a cazurilor de protecție și comunicarea în timp util între parteneri. În cadrul echipelor PMT, acesta va fi asistentul social.

- (g) Diseminarea informațiilor privind traseele de îndrumare existente în cadrul MHPSS pentru cazurile de protecție este convenită cu actorii relevanți din domeniul protecției.
- (h) Proiectele și programele comune pot maximiza resursele financiare și umane și pot contribui la promovarea mesajelor unificate.

12.2.1.3 Dezvoltarea capacităților

Echipele MHPSS, inclusiv echipele PMT, ar trebui să fie instruite în:

- (a) Protecția generală.
 - (b) Standardele și procedurile operaționale utilizate de actorii din domeniul protecției în sectoare specifice (de exemplu, protecția copilului, GBV sau combaterea traficului de persoane).
 - (c) Nevoile specifice MHPSS și cele mai bune practici de răspuns pentru cazuri specifice de protecție care prezintă interes pentru IOM:
 - (i) Supraviețuitorii GBV;
 - (ii) Populații strămutate și migranți vulnerabili;
 - (iii) Supraviețuitorii traficului de persoane;
 - (iv) Migranți aflați în detenție;
 - (v) Copii neînsoțiți și separați de familie;
 - (vi) Dimensiunea de protecție a asistenței acordate persoanelor cu tulburări psihice, neurologice și de consum de substanțe;
 - (vii) Persoanele în vârstă, în special dacă sunt neînsoțite;
 - (viii) Persoanele cu dizabilități.
 - (d) Psiho-educarea familiilor.
- Responsabilii MHPSS ar trebui să organizeze cursuri de formare pentru actorii din domeniul protecției, după cum urmează:
- (a) Orientările generale MHPSS și ale IASC (**IASC, 2007**).
 - (b) Serviciile MHPSS disponibile în situația de urgență respectivă.
 - (c) Impactul violenței asupra sănătății mintale și a bunăstării psihosociale.
 - (d) Dimensiunea de protecție în asistența acordată persoanelor cu tulburări psihice, neurologice și de consum de substanțe.



12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI

- (e) PFA și comunicarea pozitivă.
- (f) Identificarea persoanelor care au nevoie să fie direcționate către MHPSS.
- (g) Consecințele psihologice ale:
 - (i) Strămutării;
 - (ii) Traficului de persoane;
 - (iii) Detenției administrative;
 - (iv) GBV;
 - (v) Copiilor care călătoresc neînsoțiți și separați.

Pentru informații suplimentare cu privire la toate cursurile de formare menționate mai sus, atât pentru echipele MHPSS, cât și pentru actorii din domeniul protecției, vă rugăm să contactați Compartimentul MHPSS al IOM la adresa contactpss@iom.int. Unele dintre acestea pot fi oferite în comun pentru actorii/echipele MHPSS și din domeniul protecției, pe baza pregătirii profesionale și a altor factori determinanți. Membrii comunității pot fi incluși în aceste cursuri de formare, deoarece aceștia au o funcție esențială în acordarea și promovarea protecției și bunăstării. Aceasta include societatea civilă și organizațiile pentru drepturile omului.

Personalul MHPSS, în special atunci când lucrează în strânsă colaborare cu actorii din domeniul protecției, poate fi inclus în cursuri de formare specializată în domeniul protecției pe teme legate de contextul acestora, cum ar fi protecția copiilor, GBV, traficul de persoane și detenția.

În mod similar, actorii din domeniul protecției desfășoară adesea activități care necesită competențe psihosociale, cum ar fi înființarea de rețele sau comitete de protecție la nivelul comunității, lansarea de campanii de sensibilizare, intervierea potențialelor victime ale încălcărilor drepturilor omului și desfășurarea de discuții de grup cu diferite categorii de populație. În plus, aceștia sunt de multe ori în comunicare directă cu persoane care trec prin situații de suferință. Aceștia pot fi incluși în cadrul cursurilor de formare privind competențele de consiliere, mobilizarea comunității, sensibilitatea la conflicte, medierea și altele furnizate de obicei echipelor PMT.

Formarea nu este singura modalitate de consolidare a parteneriatului, iar responsabilii de programe MHPSS ar trebui să adopte o atitudine proactivă în

identificarea modalităților de consolidare sau de completare a activităților de protecție actuale.

12.2.1.4 Intervenție multistratificată.

Cazurile sesizate către programele MHPSS de către actorii din domeniul protecției ar trebui să beneficieze de servicii la toate nivelurile piramidei MHPSS a IASC. În timp ce, de obicei, îndrumarea tinde să aibă loc doar pentru persoanele cu tulburări psihice grave sau care au nevoie de consiliere mai punctuală, echipele PMT ar trebui, pe cât posibil, să includă clienții în toate activitățile pe care le propune programul, inclusiv în activitățile de socializare și de recreere, dacă și când este cazul din punct de vedere al siguranței generale și psihologice. În plus, serviciile nu ar trebui să fie segregate, în special în primele etape ale asistenței. Acest lucru înseamnă, de exemplu, că un centru de consiliere pentru supraviețuitorii GBV ar trebui evitat într-o tabără. În schimb, protocoale și metode dedicate pot fi folosite pentru acordarea de consiliere supraviețuitorilor unor încălcări specifice ale drepturilor omului, cum ar fi modelul terapiei scurte axate pe soluții, pentru supraviețuitorii GBV sau ai **torturii**. Personalul existent care lucrează în tabere sau în zonele de strămutare ar trebui instruit în aceste metode, pentru a putea furniza asistența necesară atunci când este nevoie, evitând, totuși, unitățile clar separate. În plus, activități specifice de socializare, precum și grupuri de sprijin între egali sau grupuri de sprijin dedicate, ar putea fi propuse pentru anumite categorii de victime și supraviețuitori, în funcție de nevoile și resursele comune identificate (a se vedea, de exemplu, activitățile de teatru de mărturie propuse în capitolul 6 despre **Activități de creație și bazate pe artă**). Supraviețuitorii violenței ar putea alege să se implice în comunitate sau în dezbateri publice, campanii și activități de sensibilizare, ca parte a parcursului lor personal de reziliență și de refacere psihosocială (de exemplu, acceptarea, încrederea în sine, capacitatea de acțiune și activismul).

Caseta 53

GBV, MHPSS și protecția

Pentru informații mai detaliate despre modul în care MHPSS și actorii din domeniul protecției pot gestiona problemele legate de GBV, a se vedea **Anexa 3**.

12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI

Figura 12: Activitățile MHPSS care contribuie la diferite rezultate pozitive în materie de protecție în cadrul nucleului de protecție



Sursa: Pe baza ICRC (2001).

Caseta 54

Focalizarea pe subgrupuri

Evitați să identificați sau să vizați subgrupuri specifice pentru asistență, cu excepția cazului în care acest lucru este esențial și justificat în contextul specific, pentru a preveni alte probleme. Sprijinul integrat contribuie la reducerea discriminării și poate crea conexiuni sociale. Luați în considerare, de exemplu, organizarea de grupuri pentru femei, mai degrabă decât de grupuri pentru femeile care au fost violate (IASC, 2007:61).



12.2.1.5 Locuri sigure

În timp ce activitățile MHPSS în situații de urgență se desfășoară, de obicei, într-o multitudine de medii, consilierea persoanelor cu nevoi de protecție ar trebui să se desfășoare într-un cadru care să garanteze intimitatea, securitatea, confidențialitatea și siguranța, dar care să nu fie stigmatizant. Spațiul ar trebui să fie accesibil și să conțină informații accesibile, cu imagini sau mesaje pozitive în limbile locale, precum și panouri de mesaje cu informații actualizate despre sistemele de orientare, servicii și contacte utile.

Spațiul de consiliere nu ar trebui să conțină indicii fizice, verbale sau simbolice care ar putea declanșa emoții negative.

12.2.1.6 Activități sociale, artistice și recreative

Programele CB MHPSS așa cum sunt explicate în acest Manual includ socializarea, sportul, teatrul și activitățile bazate pe artă și ritualuri. Acestea pot fi locuri importante nu numai pentru promovarea bunăstării psihosociale a supraviețuitorilor încălcărilor drepturilor omului: ci pot fi, de asemenea, considerate modalități de promovare a mesajelor și conceptelor privind drepturile omului, de identificare a persoanelor cu nevoi specifice de protecție, care trebuie îndrumate și de înțelegere a tendințelor de încălcare a drepturilor omului sau a tiparelor asociate lipsei de respect sau de cunoaștere a subiecților legate de drepturile omului, ceea ce poate sta la baza activităților ulterioare de sensibilizare sau de responsabilizare. În anumite situații, aceste activități pot fi organizate în mod intenționat, având în vedere un obiectiv de protecție mai explicit, cu implicarea actorilor din domeniul protecției. Astfel de activități comune care implică anumiți lideri și membri ai comunității ar putea reduce încălcările drepturilor omului și comportamentele abuzive, sporind totodată gradul de conștientizare colectivă cu privire la drepturi și standarde de protecție. A se vedea, de exemplu:

- O broșură despre violența domestică elaborată de IOM Irak;
- Programul Girl Effect** și folosirea creativă a mijloacelor de comunicare pentru emanciparea și protejarea fetelor în diverse țări africane.



12.2.1.7 Indicatori de monitorizare și evaluare

Pentru activitățile de **monitorizare și evaluare**, inclusiv cele referitoare la protecție, a se vedea capitolul 6 despre **Activități de creație și bazate pe artă**. Următorii indicatori identificați în *Cadrul comun de monitorizare și evaluare al IASC pentru Programele de asistență în domeniul sănătății*



12. CONSOLIDAREA ASISTENȚEI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI PSIHOSOCIAL ÎN CADRUL PROTECȚIEI



mentale și asistență psihosocială în situații de urgență (IASC, 2017), au legătură cu protecția:

- (a) Numărul de încălcări ale drepturilor omului raportate, acolo unde este posibil și necesar;
- (b) Procentul de comunități țintă care dispun de mecanisme formale sau informale, care se implică în protecția, monitorizarea și raportarea riscurilor de siguranță sau a grupurilor de risc (de exemplu, copii, femei și persoane cu tulburări psihice grave);
- (c) Procentul de comunități țintă în care reprezentanții grupurilor țintă sunt incluși în procesele de luare a deciziilor privind siguranța proprie;
- (d) Procentul de membri ai grupului țintă care, după instruire, utilizează noile abilități și cunoștințe pentru prevenirea riscurilor și îndrumare;
- (e) Numărul de membri ai grupurilor de risc (cum ar fi copiii sau supraviețuitorii violenței sexuale) care utilizează spații sigure;

- (f) Procentul de membri ai grupului țintă (cum ar fi populația generală sau grupurile de risc) care se simt în siguranță;
- (g) Numărul de mecanisme de protecție (cum ar fi serviciile sociale sau rețelele comunitare de protecție) și/sau numărul de persoane care primesc ajutor din partea mecanismelor formale și informale de protecție;
- (h) Numărul de persoane care au raportat încălcări ale drepturilor omului și percepțiile despre amploarea **intervențiilor instituțiilor care se ocupă de cazul lor.**

Indicatorii ar trebui identificați prin exerciții participative în cadrul grupurilor și subgrupurilor țintă. Într-adevăr, o înțelegere comună a abuzurilor și a amenințărilor ar trebui să stea la baza acestui exercițiu și ar putea fi nevoie de o muncă prealabilă în privința limbii și a metodologiilor adecvate din punct de vedere cultural.



Caseta 55

Locuri sigure ale IOM în Sudanul de Sud

În Wau, Sudanul de Sud, sălile de consiliere sunt amplasate în cadrul clinicilor IOM. Acestea oferă un spațiu liniștit și privat pentru persoanele care solicită consiliere, inclusiv îngrijitorii, clienții și persoanele îndrumate de actorii din domeniul protecției: de exemplu, **supraviețuitorii violenței sexuale și de gen** sau persoane care trăiesc cu HIV/SIDA. Consilierii care desfășoară activități în cadrul clinicilor pot prelua persoanele care au nevoie de sprijin în colaborare cu asistenții medicali care au fost instruiți în domeniul MHPSS. În plus, un consilier de gardă și un șef de echipă sunt repartizați pe ture, pentru a asigura furnizarea în timp util a sprijinului, fie că se află la clinică sau în apropierea **comunității**. Există, de asemenea, cel puțin un spațiu de consiliere disponibil în centrele de resurse de asistență psihosocială. În centre, există săli care pot fi folosite pentru activități de grup sau pentru consiliere. Atunci când este nevoie de o sală pentru consiliere, echipele PMT sunt anunțate cu privire la program. Spațiul de consiliere este pregătit și menținut curat și disponibil în permanență. De multe ori, există sesiuni de consiliere care necesită monitorizare după activitățile de grup; prin urmare, este necesar să existe un spațiu privat disponibil pentru a fi utilizat. Factorii de protecție sunt, de asemenea, avuți în vedere în amenajarea spațiului. Spațiile pentru activități sunt lipsite de posibile pericole, ventilate și cu suprafețe semitransparente pe pereți, pentru ca oamenii să vadă că activitățile sociale se desfășoară în condiții de siguranță (în special activitățile pentru copii). De asemenea, contează și alcătuirea echipelor PMT în fiecare activitate; acestea nu trebuie să fie predominante din punct de vedere numeric. În cazul în care activitățile (individuale sau de grup) se desfășoară în afara centrului, se aplică aceleași principii privind utilizarea unor locuri sigure. Consultările cu comunitățile despre conceptul lor de „locuri sigure” sunt foarte importante atunci când se planifică sau se proiectează activități, sau atunci când se identifică locurile sau structurile fizice care urmează să fie construite sau reabilite.



➔ 12.3 PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

- (a) Intervențiile bazate pe proiecte, absența unei programări integrate și intervențiile umanitare izolate reprezintă provocări cheie pentru îmbunătățirea rezultatelor în materie de protecție și pentru promovarea bunăstării psihologice în situații de criză prelungită. În absența unor eforturi colective din partea întregii comunități umanitare, pentru a integra sistematic MHPSS ca element transversal, impactul intervențiilor în domeniul MHPSS și al protecției poate suferi limitări semnificative.
- (b) Organizațiile umanitare și instituțiile naționale pot încadra, din punct de vedere operațional, intervențiile de protecție ca abordări orientate spre individ și bazate pe norme, ceea ce face ca coordonarea și programarea comună cu programele MHPSS la nivelul comunității să fie ineficiente sau chiar antagoniste. În acest sens, dezvoltarea capacităților și recomandările reciproce pot constitui instrumente eficiente pentru identificarea unor terenuri comune.
- (c) Noi măsuri de protecție și rețele de siguranță sunt uneori introduse fără a se ține seama în mod corespunzător de cele preexistente. Astfel, se poate reduce capacitatea comunităților afectate de a se proteja. Integrarea și colaborarea programelor MHPSS cu programele de protecție vor fi în continuare armonizate cu **comitetul** de conducere a programului comunitar, și sub rezerva feedback-ului comunității. În plus, evaluările MHPSS sunt, de obicei, capabile să identifice practicile și rețelele existente, care trebuie avute în vedere în aceste colaborări. În toate intervențiile trebuie să se țină seama de principiul „Să nu faci rău”.
- (d) Oamenii pot face față crizelor recurgând la practici sociale preexistente sau la practici tradiționale dăunătoare și/sau pot dezvolta noi mecanisme de adaptare negative induse de criză (mutilarea genitală a femeilor, căsătoria timpurie, munca copiilor, marginalizarea persoanelor cu dizabilități, segregarea sau instituționalizarea forțată a persoanelor cu tulburări mintale, neurologice și consum de substanțe). Este posibil ca acestea să nu respecte drepturile omului și standardele umanitare, iar eradicarea lor să necesite schimbări sociale, culturale și structurale pe termen lung, la nivelul comunității. Activitățile MHPSS ar trebui să se înscrie într-o strategie multistratificată, pe termen mai lung, cu o coordonare sporită cu actorii din domeniul tranziției și al dezvoltării, ori de câte ori este cazul.
- (e) Încălțări ale drepturilor omului pot fi, de asemenea, comise de personalul umanitar, iar IOM a luat măsuri specifice pentru prevenirea abuzurilor sexuale comise de personalul umanitar în politica sa privind **Protejarea comunității împotriva exploatării sexuale și a abuzurilor** și în standardele de **conduită** impuse personalului, în conformitate cu politicile inter-agenții în această privință.
- (f) Ar putea exista tendința de a transfera „cazuri” în exces, ceea ce ar putea congestiona unele organizații și ar putea reduce capacitatea acestora de a furniza servicii de calitate persoanelor care au cea mai mare nevoie. De asemenea, există frecvent provocări legate de supraidentificare, atunci când nu există servicii specifice disponibile (de exemplu, identificarea copiilor neînsoțiți și separați sau, în special, a copiilor străzii, atunci când niciun actor nu le acordă de fapt îngrijire alternativă, protecție, acces la asistență medicală sau alte servicii). Identificarea unui grup sau a unei persoane aflate în situație de risc atrage după sine datoria etică de a acorda asistență și de a asigura monitorizarea. Ceea ce înseamnă că actorul MHPSS ar trebui să îndrume către serviciile de protecție și, în cazul în care nu sunt disponibile servicii, să informeze actorii responsabili sau relevanți, sau entitățile responsabile, cu privire la problema sau cazurile respective, respectând totodată principiile de protecție a datelor, de consimțământ și de confidențialitate și având în

vedere în primul rând securitatea persoanelor sau a grupului. Acest lucru ar trebui să se realizeze în cadrul grupului tematic de protecție sau/și al subgrupurilor acestuia sau în colaborare cu actorii din domeniul protecției.

Caseta 56

Raportarea încălcărilor drepturilor omului și a altor încălcări

Personalul MHPSS va fi invariabil martor la dezvăluirea unor abuzuri care ar putea fi catalogate drept încălcări ale drepturilor omului, furnizând în același timp asistență persoanelor afectate. Menirea lucrătorilor MHPSS nu este aceea de a investiga acuzațiile de abuz, dar aceștia pot îndeplini cu siguranță un rol cheie în sprijinirea supraviețuitorilor în vederea accesului la justiție, acolo unde este posibil.

În cazul în care un lucrător MHPSS este informat despre un abuz de către un client, acesta ar trebui să acorde în continuare îngrijiri și să nu le întrerupă și, după ce primește consimțământul pentru a face acest lucru, să trimită cazul pentru sprijin suplimentar către:

un responsabil cu protecția al IOM, dacă există; SAU

să solicite responsabilului să se consulte cu coordonatorul grupului tematic de protecție, pentru a stabili punctul de intrare adecvat pentru îndrumare, în funcție de dorințele supraviețuitorului, de nevoile sale imediate și pe termen lung și de tipul de abuz. De exemplu, procedura de îndrumare pentru un caz de suspiciune de abuz asupra unui copil va fi foarte diferită de o acuzație de tortură formulată de un bărbat adult aflat în detenție. Opțiunile de îndrumare pot include furnizarea de asistență medicală sau de protecție imediată sau de asistență juridică, de mijloace de subzistență și de sprijin pentru reintegrare. Nu ar trebui să se facă trimiteri către furnizori de servicii care au legături cu presupușii agresori.

Fără derogare de la recomandările furnizate de Grupul tematic de protecție sau de alte organisme similare, practicienii MHPSS ar trebui cel puțin să fie familiarizați cu grupurile de lucru și/sau traseele de îndrumare existente pentru următoarele tipuri de abuzuri și, acolo unde există și este posibil, să se integreze în acestea:



- **Violența sexuală și bazată pe gen (SGBV)**

- Recrutare forțată/trafic de persoane;
- Abuzul asupra copiilor;




- Cele șase încălcări grave comise împotriva **copiilor**;
- Atacuri asupra civililor;
- Tortură și rele tratamente;
- Dispariția forțată.


Toate îndrumările ar trebui realizate în conformitate cu respectarea autonomiei supraviețuitorului, ceea ce înseamnă respectarea opțiunilor supraviețuitorului, susținerea consimțământului deplin și în cunoștință de cauză și respectarea principiului confidențialității, pe cât posibil. Personalul MHPSS trebuie să știe că nu toate categoriile de profesioniști în domeniul ajutorului sunt protejate împotriva dispozițiilor judecătorești de a divulga informații despre supraviețuitori. Înainte de a promite confidențialitate deplină, personalul trebuie să înțeleagă limitele a ceea ce poate garanta.

LECTURI SUPLIMENTARE

Alianța pentru Protecția Copiilor în Situații Umanitare


-  **2018b** *Child Neglect in Humanitarian Settings*. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Settings, Geneva.

Comitetul Permanent Inter-Agenții (IASC) Grupul de Lucru pentru Acțiune Umanitară și Drepturile Omului

-  **2004** *FAQ în legătură cu IHL, IHRL și IRL*. IASC, Geneva.


Comitetul Internațional al Crucii Roșii (ICRC)

-  **2004** *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. ICRC, Geneva.

-  **2018** *Professional Standards for Protection Work* (ed. a 3-a). ICRC, Geneva. Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)

-  **2009b** *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers*. IOM, Geneva.

-  **2010b** *Data Protection Manual*. IOM, Geneva.

-  **2020** Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială (MHPSS) în cadrul răspunsului față de COVID-19: Orientări și set de instrumente pentru utilizarea echipelor MHPSS ale IOM: Versiunea III-Finală. IOM, Geneva.

Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR)

-  **2011** *Age, Gender and Diversity Policy: Working with People for Equality and Protection*. UNHCR, Geneva.

-  **2014a** *Child Protection Issue Brief: Mental Health and Psychosocial Well-being of Children*. UNHCR, Geneva.

-  **2014b** *Understanding Community-Based Protection*. UNHCR, Geneva. Biroul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (OHCHR)

-  **2011** *International Legal Protection of Human Rights in Armed Conflict*. OHCHR, Geneva

-  Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**.

13. CONSILIERE



➔ 13.1 CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Responsabilii programelor MHPSS nu oferă direct servicii de consiliere, ci elaborează programe și iau decizii de implementare în legătură cu consilierea. Acestea au în vedere selectarea modelelor și instrumentelor de consiliere care trebuie utilizate în cadrul programului, pe baza capacităților și nevoilor contextuale. Responsabilii programelor MHPSS trebuie să:

- Identifice, individual sau împreună cu supraveghetorul tehnic, programe de formare care sunt adecvate pentru îmbunătățirea capacităților de consiliere existente în contextul dat.
- Țină cont de aspectele legate de scalabilitate, precum și de adaptare și formare atunci când elaborează intervenții de consiliere în situații de urgență.
- Țină cont de problema diferențelor culturale și lingvistice și, uneori, de colaborarea cu interpreți atunci când oferă consiliere migranților.
- Monitorizeze respectarea metodologiilor adoptate. Organizarea și monitorizarea supravegherii tehnice face, de asemenea, parte din atribuțiile responsabilului.

Prin urmare, acest capitol servește drept ghid pentru o mai bună înțelegere a definiției, practicilor și modalităților de furnizare a serviciilor de consiliere în situații de urgență, acordând o atenție deosebită metodelor mai potrivite pentru o abordare la nivelul comunității, cum ar fi cea care responsabilizează și dă dreptul comunităților să găsească propriile răspunsuri. Pentru a înțelege definițiile termenilor de consiliere, reziliență și alți termeni folosiți în acest capitol, a se vedea **aici**.

Caseta 57

Adaptări în răspunsul la pandemie

Pentru îndrumări legate de furnizarea de servicii MHPSS la distanță în timpul pandemiei de COVID-19, a se vedea **acest raport** redactat de IOM Irak.

13.1.2 Concepte

13.1.2.1 Consiliere

Consilierea reprezintă o conversație de susținere. Există numeroase tipuri de conversații care au loc între membrii comunității și care pot avea un beneficiu terapeutic. Acestea pot varia de la conversații spontane, de susținere reciprocă, la rezolvarea problemelor asociate cu anumite activități. În prezentul Manual, consilierea se referă la conversațiile structurate care pot avea loc cu indivizi și grupuri și al căror scop este un **rezultat terapeutic**.

Consilierea este un domeniu bogat și divers, care poate fi practicat și de alte discipline, cum ar fi asistența socială și psihologia clinică. Trăsătura distinctivă a consilierii este accentul deosebit pus pe mobilizarea rezilienței persoanelor aflate în suferință (Fraenkel, 2014). O importanță deosebită în consiliere revine modului de a crea și menține relații curative și sănătoase din punct de vedere etic între consilier și persoanele consiliate.

Caracteristicile care ies în evidență într-o abordare de consiliere sensibilă la context sunt:

- Mobilizarea rezilienței persoanelor aflate în suferință, precum și a punctelor forte și a resurselor psihologice și relaționale ale acestora, pentru soluționarea problemelor lor: Adeseori, aceasta va include facilitarea capacităților colective de reziliență care există în relațiile de familie și comunitate și care provin din tradițiile culturale și religioase.
- Consiliere eficientă: Aceasta înseamnă predarea unor abilități importante, cum ar fi ascultarea activă, respectul și evitarea provocării de daune emoționale. Consilierea eficientă este potențată de inteligența social-emoțională și relațională a practicianului și a clientului, precum și a altor membri ai comunității, care îi sprijină.
- Pentru mulți, și în special pentru cei care au fost strămutați de acasă, din familie și din comunitate, consilierea creează un spațiu de „intimitate protejată”: O capacitate importantă pentru prevenirea sentimentului de a nu avea un adăpost psihologic (Saul, 2018).

O serie de studii recente susțin importanța consilierii în situații de urgență (Jordans, Pigott, și Tol, 2016; Patel, 2012; Murray et al., 2014; Ramaswamy et al., 2018; Tol, et al., 2011; Watters, 2017). Aceste intervenții MHPSS pot clădi legături de vindecare, care pot reduce suferința actuală și pot preveni dificultățile viitoare în materie de sănătate mintală.

La cel mai elementar nivel, consilierea ajută la restabilirea legăturilor dintre oameni, astfel încât o persoană să nu se confrunte cu adversitatea în izolare - un factor de risc semnificativ pentru dificultățile de sănătate mintală. Având în vedere că situațiile de urgență umanitară sunt atât de destabilizatoare și adesea imprevizibile, legătura cu ceilalți poate ajuta la dobândirea unei perspective și a calmului și poate contribui la consolidarea rezilienței: de exemplu, recunoașterea și accesarea resurselor importante pentru adaptare și rezolvarea problemelor.

S-a constatat că sprijinul social activ și perceput este cel mai important factor de protecție în situații foarte stresante, cum ar fi în timpul și în urma situațiilor de urgență, deoarece atât oferirea, cât și beneficierea de ajutor sunt activități adaptative (Hobfoll et al., 2007). În urma unui dezastru, există o capacitate biologică, bazată pe evoluție, ca oamenii să se reunească și să relaționeze. Acest proces natural de vindecare poate fi încurajat prin consiliere la nivel individual și comunitar, în special atunci când ajută la restabilirea legăturilor care au fost distruse, precum și la crearea altora noi.



În piramida IASC de intervenție MHPSS în situații de urgență, tehnicile și modelele de consiliere descrise în acest capitol sunt incluse la cel de-al treilea nivel (intervenții direcționate), chiar dacă acestea necesită niveluri diferite de specializare.

13.1.2.2 Consiliere la nivelul comunității

Consilierea la nivelul comunității este una dintre numeroasele abordări ale consilierii și are avantajul de a soluționa nu numai problemele psihologice care rezultă din stres, durere, pierdere, depresie și

alte probleme individuale de sănătate mintală, ci și impactul și provocările psihosociale care rezultă din traumele colective suferite de familii și comunități. Aceste abordări au ca scop consolidarea rezilienței colective și a capitalului social, precum și mobilizarea acțiunilor și răspunsurilor de implicare a comunității. Abordările la nivelul comunității au ca scop înțelegerea parametrilor socioculturali și de mediu care împiedică și promovează tipurile de interacțiuni și conversații care conduc la bunăstare. Aceasta include relațiile dintre oameni și dintre grupuri, cultura acestora și inegalitățile structurale existente, bazate pe rasă, etnie, sex, clasă și medii fizic, politic și economic. Această abordare include, de asemenea, o înțelegere istorică a discursurilor care au modelat identitățile și situația sau criza actuală.

O abordare la nivelul comunității este deosebit de relevantă în situații de criză, în care nu numai clienții individuali, ci și familiile și comunitățile acestora sunt afectate, în mod direct sau indirect, de evenimente stresante și perturbatoare. Și consilierii fac parte din sistem. Aceștia sunt afectați de munca desfășurată, care include interacțiuni reciproce cu clienții, cu propriile echipe de lucru și organizații, precum și cu propriile familii și comunități. „Vulnerabilitatea” și „reziliența” sunt concepte care se aplică atât consilierilor, cât și persoanelor pe care încearcă să le ajute.

Abordările la nivelul comunității izolează comportamentele sau sentimentele problematice nu doar la nivel individual, ci și în rețeaua de relații în care este integrată o persoană. Problemele vor avea întotdeauna atât o dimensiune individuală, cât și o dimensiune relațională sau colectivă. În consecință, consilierii vor înțelege contextul și semnificația consilierii în anumite situații - de exemplu, faptul că un consilier din afara familiei sau a comunității intervine pentru a ajuta la rezolvarea problemelor copiilor subminează într-un fel autoritatea și competența părinților? De exemplu, transmite mesajul „Nu poți să faci singur, trebuie să te ajutăm noi”? Această problemă apare în mod frecvent atunci când consilierii lucrează direct cu copiii și ignoră competențele părinților.

Tabelul 11 clarifică principiile pentru consilierea la nivelul comunității. Deși numeroase abordări de consiliere se concentrează în primul rând asupra individului și nu toate abordările reflectă și răspund la nevoile comunității, se poate stabili un standard în care orice abordare de consiliere individuală și de grup poate fi adaptată pentru a o personaliza în funcție de comunitate și de context.

Tabelul 11: Abordări de consiliere la nivelul comunității - standarde minime și optime

Standarde minime	Standarde optime
Programele sunt de cele mai multe ori determinate de furnizori, cu participarea liderilor și membrilor comunității, pentru a ajuta la implementarea programului.	Programele implică participarea comunității în toate etapele - planificare, evaluare, stabilirea priorităților, implementare, evaluare și diseminare. Programele se pot înscrie pe o linie continuă de dezvoltare a programelor determinate de furnizori externi/în interiorul comunității.
Se concentrează în principal pe depistarea și abordarea problemelor multiple de sănătate mintală, precum și a tulburărilor specifice diagnosticabile. Simptomatologia, expresiile și constrângerile sunt validate împreună cu comunitatea.	Există o evaluare a nevoilor, provocărilor și priorităților populației țintă pentru a determina cea mai eficientă și adecvată abordare de consiliere.
Accentul principal este pus pe tratamentul persoanelor și pe reducerea simptomelor psihologice. Instrumentele sunt traduse.	Accentul poate fi pus pe abordarea provocărilor specifice întâmpinate de familii, de întreaga comunitate sau de grupuri și organizații din cadrul comunității. Accentul este pus pe repararea relațiilor, iar nu pe ameliorarea simptomelor.
Explorarea culturii și a contextului pentru a înțelege care este cea mai bună modalitate de implementare și de extindere a intervențiilor.	Se realizează o evaluare inițială a culturii și a contextului, pentru a înțelege punctele forte individuale și colective, resursele și capacitățile de adaptare, precum și problemele. Cultura este esențială pentru stabilirea înțelegerilor, priorităților și semnificațiilor locale ale intervențiilor potențiale (a se vedea IASC, 2007:38–48). Este nevoie de atenție pentru a nu submina semnificațiile, resursele și capacitățile locale de adaptare la nivel individual, familial și la nivel de comunitate.
Adaptarea la contextul actual a programelor bazate pe dovezi concepute în alte contexte. Particularitățile contextului și ale culturii sunt analizate pentru a facilita punerea în aplicare.	Elaborarea programului este un proces iterativ bazat pe contribuția, revizuirea și aprobarea continuă a comunității. Semnificațiile culturale sunt esențiale pentru stabilirea priorităților, a resurselor disponibile și a modalităților preferate de abordare a dificultăților sau a provocărilor, folosind metode participative, astfel cum se menționează mai sus (Bragin, 2014).
Criteriile de succes ale programului sunt determinate de indicatori bine stabiliți, dezvoltați în cadrul programelor de testare și consiliere bazate pe soluții, în care stabilirea obiectivelor și etapelor sunt identificate de client.	Criteriile de succes în evaluarea unui program sunt stabilite în funcție de obiectivele identificate de client și în colaborarea dintre furnizorii externi și comunitate.



Anumite tipuri de abordări de consiliere utilizate în situații de urgență - inclusiv abordările cognitive-comportamentale, terapia prin expunere narativă, desensibilizarea și reprocesarea prin mișcare oculară, abordările rogeriene, anumite tehnici de terapie prin artă și drama-terapie - au tendința de a nu lua în considerare contextul social și ecologic al persoanei (persoanelor) consiliată (consiliate) și nici contextul consilierilor și al situației de consiliere în sine. Cu toate acestea, există abordări de consiliere, cum ar fi **abordările terapeutice orientate spre soluții** bazate pe punctele tari, care se bazează pe o abordare social-ecologică (a se vedea modelele de **lucru**).





Sesiune de consiliere de grup, Liban. © IOM 2017

În plus, abordările de consiliere menționate mai sus, deși nu sunt în sine bazate pe comunitate, pot fi integrat într-o abordare și într-un program mai bine adaptate la contextul social și ecologic, contribuind astfel la realizarea obiectivelor generale ale acestuia.

13.1.2.3 Procesul de consiliere

Procesul de consiliere este determinat de contextul în care au loc interacțiunile terapeutice, precum și de modelul teoretic particular al abordării folosite de consiliere, de obicei în cadrul unor programe structurate de întâlniri multiple. Consilierea poate avea loc în spații profesionale sau în centre MHPSS - cum ar fi centrele și **hub-urile** de recreere și consiliere ale IOM, alte **spații sigure**, centrele medicale, sau în spații comunitare sau culturale identificate - unde o persoană ar merge în cazul în care ar avea nevoie de sfaturi și sprijin - iar în timpul anumitor crize, consilierea poate avea loc de la distanță. (Abramowitz, 2010; Chibanda et al., 2016). Consilierea poate lua forma unui acompaniament: de exemplu, de către un voluntar care ajută clientul să găsească resurse în situații noi și nefamiliare - o abordare populară în America Latină, care se bazează pe abordări de asistență socială pentru gestionarea cazurilor (Valdivieso și Andersson, 2017; Pinheiro, 2017).



Procesul de consiliere include de cele mai multe ori o etapă inițială de reunire sau de adunare, precum și diverse forme de ascultare și vorbire:

- Unele dintre aceste conversații pot avea orientări specifice bazate pe cultură, legate de modul în care se vorbește și cine poate vorbi cu cine și în ce ordine.
- Pot exista convenții sau restricții culturale în ceea ce privește oferirea și primirea de sfaturi (în comunitățile tradiționale, de exemplu, cuplurile căsătorite care se confruntă cu dificultăți se vor întâlni cu socrii pentru a ajuta la rezolvarea conflictului conjugal sau la soluționarea problemelor).
- Pot exista interdicții culturale de a vorbi cu persoane străine din afara familiei.
- Consilierea poate fi orientativă sau neorientativă și se poate concentra în primul rând pe acordarea de sprijin emoțional sau pe oferirea de sfaturi.
- Se poate concentra pe rezolvarea problemelor sau pe găsirea de soluții, pe explorarea sentimentelor dureroase sau pe creșterea capacității de adaptare a indivizilor, familiilor sau grupurilor.
- Numeroase abordări de consiliere, în special în situații de urgență, vor presupune o anumită formă de consolidare a abilităților de reglare emoțională, prin învățarea tehnicilor de relaxare sau de conștientizare, sau prin exerciții fizice și mișcare (Wessells, 2009).

Procesul de consiliere poate varia în funcție de tipurile de persoane care se întâlnesc, de faptul că grupurile sunt facilitate de profesioniști sau de para-profesioniști calificați sau că urmează directivele rituale impuse cultural în legătură cu tranzițiile și crizele de viață.

Caseta 58

Ce deosebește o abordare de consiliere orientată spre sisteme sau spre comunitate de o abordare orientată spre individ?

- Mai degrabă decât să se concentreze exclusiv pe procesele psihologice interne, se ocupă de tiparele relațiilor dintre oameni în familii, cupluri, grupuri și în comunitate, prin abordări comunitare.
- Aceasta asociază disfuncționalitățile psihologice și sociale cu probleme care nu se află doar în interiorul individului, ci și în sisteme mai mari.
- Acordă atenție aspectelor structurale legate de rasă, etnie, religie, clasă și gen ca factori sociali determinanți ai problemelor de sănătate mintală. Este competentă din punct de vedere structural.
- Recunoaște că problemele indivizilor și ale grupurilor apar întotdeauna în context, la fel ca și soluțiile, care trebuie să fie semnificative și acceptabile în contextul social al persoanei - familie, prieteni, grupuri de egali, grupuri și organizații religioase.
- Consideră contextul social nu doar ca un mediu în care apar problemele, ci și ca o sursă de soluții. A le ignora pe ambele înseamnă a restrânge domeniul de aplicare și eficiența potențială a consilierii. De exemplu, dacă un copil care manifestă un comportament problematic este îndepărtat din contextul său social pentru a-și rezolva problema, atunci când se întoarce în acel context, el se întoarce și la forțele relaționale din familie sau din școală care este posibil să fi generat problema în primul rând.
- Consilierea poate fi mai dificilă în cazul populațiilor foarte mobile - cum ar fi refugiații și migranții sau persoanele strămutate, al căror simț al comunității a fost fracturat - și poate fi mai dificil de reprodus și de extins.





Grup de sprijin pentru bărbați, tabăra pentru persoane strămutate intern (IDP) din Erbil, Irak. © IOM 2017

➔ 13.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPS

Decizia cu privire la tipul de program(e) de consiliere care trebuie implementat(e) într-o situație de urgență poate fi călăuzită de cele trei principii de bază:

13.2.1 Înțelegerea complexității situației în care este furnizată consilierea

Punctul de plecare de bază pentru înțelegerea complexității situației este o descriere a situației de urgență umanitară și a populației afectate (câte persoane, când au sosit și de unde au venit, cum a fost călătoria, câți profesioniști în domeniul sănătății și al sănătății mintale sunt prezenți și așa mai departe). Această „descriere densă” (Geertz, 1973) poate servi ca un prim pas pe baza căruia se poate realiza o „analiză a situației”: și anume, un instrument pentru înțelegerea detaliată a unui episod interpersonal sau a unei stări de fapt complexe (situația) în contextul narațiunii mai ample din care face parte (drama încorporată).

„Analiza situației creionează o descriere detaliată a situației și leagă situația respectivă de drama mai mare din care face parte, în scopul identificării factorilor care generează situația, precum și pentru a evidenția cele mai utile puncte de intervenție” (Green-Rennis et al., 2013).

O parte importantă a înțelegerii complexității situației este reprezentată de descrierea factorilor structurali aflați în joc. Acești factori structurali pot fi la nivelul comunității, al cartierului, al instituțiilor (locuințe, școli, penitenciare, servicii clinice) și la nivel de politici (politica de stat privind locuințele, politicile grupurilor de ajutor internațional, impactul războiului și al violenței politice). Denumită „competență structurală”, această abordare față de formarea și practica clinică abordează aspectele sociale și politice ale sănătății mintale și ale bunăstării psihosociale. Concentrarea asupra structurii poate promova o abordare mai colaborativă, care utilizează resursele locale. Aceasta înlocuiește o abordare care vizează schimbarea comportamentului individual în fața unei adversități de mediu copleșitoare (Metzl și Hansen, 2014). Această recunoaștere a unor forțe sociale mai ample este esențială pentru înțelegerea disparităților sociale în materie de sănătate mintală la nivel mondial.

Inegalitățile bazate pe rasă, etnie, sex și clasă socială reprezintă factori majori ai rezultatelor precare în materie de sănătate mintală.

Alte întrebări importante care trebuie formulate sunt: Care sunt complexitățile poveștilor?

Cum modelează narațiunile experiența populației, a furnizorilor și a colaborării în curs de dezvoltare - și modul în care se gândește responsabilul la planificarea intervențiilor?

13.2.2 Recunoașterea proceselor și resurselor individuale și colective existente pentru recuperare

Prin intermediul interviurilor și al observațiilor, este important să se înțeleagă procesele sociale pozitive care au avut deja loc în populația țintă și în mediul umanitar, acestea putând fi considerate forme de consiliere și putând servi drept bază pentru dezvoltarea ulterioară a abordărilor de consiliere pentru o comunitate. Scopul este de a nu compromite resursele deja existente și procesele de reziliență importante pentru recuperare. O înțelegere a acestor resurse va oferi informații importante despre tiparele preferate de solicitare a ajutorului într-o populație și va ajuta la identificarea capacităților de leadership, a seturilor de competențe și a membrilor motivați ai comunității, care pot fi colaboratori importanți în elaborarea programelor de consiliere.

Reziliența este în prezent o nouă paradigmă în domeniul dezvoltării și al sănătății mintale (Ager et al., 2013). Ceea ce diferențiază o abordare bazată pe reziliență este:

- Punerea accentului pe puncte forte, resurse și capacități, și mai puțin pe deficite;
- Anticiparea acțiunilor care diminuează impactul adversității;
- Atenția acordată nivelurilor multiple de influență, de la cele structurale și culturale până la cele comunitare, familiale și individuale;
- Cartografierea influențelor în cadrul sistemelor integrate din punct de vedere ecologic (ibid.).

Influențele sunt bidirecționale, în sensul că reziliența unui individ este favorizată de resursele familiale, sociale și culturale care fac parte integrantă din ecologia socială, precum și de capacitățile colective sau de modalitățile prin care familiile și comunitățile dau ele însele dovadă de reziliență ca răspuns la stres și provocări.

Aceasta poate presupune ajustări și adaptări ale subsistemelor din cadrul comunității - și anume, indivizi, grupuri și organizații - sau poate implica interacțiunile întregii comunități cu mediul său,

inclusiv cu alte entități sociale, economice și politice (Kirmayer et al., 2009).

Abordările față de cartografierea resurselor au fost prezentate în secțiunile anterioare ale prezentului Manual. Acum, putem adăuga că, în realizarea unor abordări bazate pe reziliență în consiliere, cartografierea surselor de reziliență la diferite niveluri sistemice va fi importantă pentru stabilirea punctelor de intervenție. A fost elaborată o multitudine de hărți (a se vedea Landau și Weaver (2006) mai jos în acest capitol) care vor fi utile pentru planificatorii de programe, ca un fel de listă de verificare a punctelor potențiale de intervenție.

13.2.3 Îmbunătățirea și dezvoltarea a ceea ce există deja

În colaborare cu reprezentanții comunității, este important să se înțeleagă ce procese existente ar putea beneficia de sprijin din partea furnizorilor. De exemplu, un grup de părinți voluntari care organizează un program sportiv pentru tineri ar putea solicita ajutorul consilierilor pentru gestionarea unora dintre nevoile MHPSS ale participanților la program, care apar în grupurile pe care le facilitează. Acest spațiu lipsit de stigmatizare poate fi un loc important pentru transmiterea de informații privind înțelegerea reacțiilor la stres și instrumente pentru a face față stresului, gestionarea furiei și căi de acces la alte forme de consiliere, dacă este necesar. Grupul sportiv în sine poate avea capacitatea de a funcționa ca un fel de grup de sprijin între egali cu ajutorul unui consilier psihosocial.

În încercarea de a determina tipurile de consiliere care ar putea fi adăugate la cele deja existente, va fi importantă înțelegerea diferitelor efecte sau impacturi ale migrației și strămutării la diferite niveluri. În mod frecvent, la analiza unei abordări de consiliere, o persoană își poate găsi abordarea față de consiliere în factorii de la nivel individual (simptome, tulburări de sănătate mintală), dar nu și perturbările care au loc la nivelul familiei și al comunității.

Trebuie să se poată selecta intervenții care nu doar consolidează sprijinul familiei și al comunității, ci și tratează impactul pe care stresul, durerea, tranziția și pierderea îl pot avea asupra interacțiunilor din familie și din comunitate.

Abordările pe mai multe niveluri pentru a determina metodele de consiliere care trebuie utilizate iau în considerare impactul nevoilor exprimate de comunitate la mai multe niveluri sistemice.

Stresul familial trebuie abordat la nivelul familiei, adesea cu sprijinul comunității. Pentru a stabili ce trebuie consolidat, îmbunătățit sau adăugat la eforturile de consiliere ale comunității, trebuie mai întâi să se stabilească împreună cu aceasta obiectivele și prioritățile dorite de comunitate în materie de consiliere. Pornind de la această viziune a recuperării, pot fi explorate împreună cu comunitatea diferitele opțiuni de consiliere, ca parte a procesului de elaborare a unui plan strategic pentru un set de intervenții de consiliere care sunt cele mai importante pentru această fază timpurie a intervenției.

Care este procesul de stabilire a priorităților și cum sunt negociate aceste priorități între membrii comunității și cu furnizorii? Acest proces poate include o discuție despre diferitele tipuri de abordări de consiliere care sunt utilizate în mod tradițional sau preferate de către comunitate, despre potențialele limitări ale acestor abordări și despre ce abordări suplimentare sunt necesare pentru a completa serviciile existente în vederea gestionării provocărilor unice ale situației de urgență actuale. Resursele disponibile trebuie, de asemenea, să fie determinate - de exemplu, membri calificați ai comunității disponibili pentru formare ca para-profesioniști. În procesul de negociere a priorităților, ar putea fi utile următoarele principii directoare:

- Să asigure o valoare preventivă - în măsura în care abordările de consiliere consolidează factorii de protecție (cum ar fi promovarea sprijinului social și a rezolvării problemelor).
- Să se adreseze membrilor comunității cei mai vulnerabili și cu risc ridicat.

- Să promoveze coeziunea socială și să fie eficientă în promovarea comunicării între comunități și în prevenirea fragmentării comunităților.
- Să recunoască diversitatea nevoilor și să stabilească ce intervenții de consiliere vor conduce cel mai probabil la un succes practic și, astfel, vor crește eficacitatea comunității.
- Realizarea priorității trebuie să respecte sau să ia în considerare dinamica puterii în cadrul comunității. Problema împărțirii și distribuirii resurselor într-un mod corect și echitabil aduce o dimensiune mai etică în stabilirea priorităților.
- Este important ca practicienii să dețină competențe atât culturale, cât și structurale pentru a facilita acest proces de negociere.

În contextul înțelegerii situației comunității și al evaluării generale a nevoilor și resurselor acesteia, scopul este apoi de a stabili ce abordări de consiliere ar fi cele mai oportune, fezabile și viabile în această situație. Un cadrul de referință adaptat de IDEO U (2016) și Bava (2017), bazat pe gândirea orientată către relații, este recomandat în această situație.

Alegerea anumitor abordări de consiliere ar trebui să fie influențată de obiectivele și prioritățile formulate de comunitate. Apoi, comunitatea poate explora, împreună cu organizațiile furnizoare, care sunt opțiunile de consiliere disponibile, care pot fi puse în aplicare și care sunt cele mai viabile.

Nevoile comunității nu coincid întotdeauna cu resursele oferite de organizațiile umanitare. Comunitatea ar avea de câștigat dacă ar cunoaște programele de consiliere care se potrivesc cel mai bine cu obiectivele lor, astfel încât să poată fi căutați formatori în aceste abordări specifice. Aceasta se realizează prin intervierea membrilor comunității, a părților interesate și a organizațiilor furnizoare. Mai jos sunt prezentate câteva dintre opțiunile de abordare a consilierii comunitare la diferite niveluri.



13.3. PREZENTAREA GENERALĂ A INTERVENȚIILOR DE CONSILIERE LA NIVELUL COMUNITĂȚII

În mod ideal, un program de consiliere în situații de urgență pentru IOM nu ar trebui să urmeze un protocol de intervenție precis și prestabilit, ci ar trebui să pornească de la o bază solidă de aptitudini ale consilierilor, precum și de la sensibilitățile și competențele descrise mai sus în acest capitol. Un grup de consilieri calificați, în mod constant recalificați și supravegheați, ar trebui să poată adopta abordări flexibile în intervențiile adresate grupurilor și indivizilor, respectând în același timp principii etice precise și modele generale de lucru.

Cu toate acestea, diverse intervenții de consiliere la nivelul comunității - sau intervenții psihologice, așa cum au mai fost numite - au fost concepute la nivelul individului, al familiei, al grupurilor și al comunităților în ansamblu, în contexte umanitare. Altele au fost dezvoltate într-o varietate de alte contexte, având însă potențialul de a fi puse în aplicare în contexte umanitare de urgență. Acestea sunt mai structurate și mai validate și, prin urmare, sunt potențial mai ușor de extins în cazul în care resursele sau capacitatea sunt limitate.

În primele luni ale unei situații de urgență umanitară, este important să se aloce o perioadă de timp în care oamenii să aibă acces pe cont propriu la strategiile de adaptare pe care le consideră cele mai utile, pentru a nu interfera cu sau submina capacitățile naturale de adaptare ale unei populații. Va fi important să așteptăm înainte de a oferi consiliere care să vizeze probleme specifice de sănătate mintală, care devin evidente abia la câteva luni după o criză inițială. Cu toate acestea, în această etapă inițială, poate fi utilă consilierea care vizează impactul imediat al unei crize, cum ar fi:

- Rezolvarea practică a problemelor și gestionarea problemelor (a se vedea PM+, secțiunea 13.4.1 de mai jos);

- Grupuri de pierderi ambigue (a se vedea secțiunea 13.6 de mai jos);
- Modelul de reziliență comunitară LINC (Landau și Weaver, 2006);
- Socio-terapie (a se vedea secțiunea 13.3.3 de mai jos).

Într-o a doua etapă, pot fi aplicate mai multe abordări, inclusiv cele de mai sus.

13.3.1 Abordări de consiliere la nivel individual

Problem Management Plus: PM+ (*Gestionarea problemelor plus*), în format individual și de grup, reprezintă o intervenție psihologică inovatoare care conferă clienților abilități de îmbunătățire a gestionării problemelor practice (șomaj, conflicte interpersonale, printre altele) și a problemelor comune de sănătate mintală asociate, prin intermediul a patru strategii: consiliere pentru rezolvarea problemelor, gestionarea stresului, activarea comportamentală și consolidarea **sprijinului** social.

13.3.2 Programe de consiliere de sprijin între egali

Programul Friendship Bench (Banca prieteniei) din Zimbabwe: Localizați în incinta clinicilor medicale din Harare și din alte orașe mari din Zimbabwe, practicienii sunt asistenți medicali informali, cunoscuți sub numele de „Bunici” din comunitate, instruiți să asculte și să sprijine pacienții care trăiesc cu anxietate, depresie și alte tulburări psihice comune (a se vedea „**Friendship Bench**”).

Being Buddies (Sistem de prieteni) – IOM Nigeria: Sistemul de „buddy” (prieteni) este o intervenție similară consilierii între egali, care constă în identificarea, formarea și supravegherea constantă de către consilieri profesioniști a diverșilor membri ai comunității care pot oferi sprijin semenilor lor din cartier, familii, locuri de muncă și grupuri. Acesta a fost elaborat inițial în



Consiliere laică la amplasamentul pentru Protecția Civililor din Malakal, Sudanul de Sud. © IOM 2018

contexte care nu erau de urgență, în medii precum locurile de muncă sau școlile. În școli, au fost puse în aplicare programe de promovare a bunăstării psihosociale a elevilor prin intermediul sprijinului de tip buddy, în ideea că elevii ar fi mai receptivi să primească sprijin din partea colegilor lor, cu care ar putea relaționa mai mult, decât din partea unui membru al personalului școlii. Astfel de abordări s-au dovedit deosebit de relevante în anumite situații de urgență, cum ar fi în nord-estul Nigeriei. În acest context, consilierii și psihologii sunt puțini.

În plus, solicitarea de asistență din partea unui consilier sau a unui psiholog este o excepție, în timp ce majoritatea persoanelor afectate ar căuta asistență prin intermediul altor sisteme de sprijin, prieteni, vecini și colegi, care ar fi percepute ca fiind mai eficiente și mai adecvate de către acestea.

Această metodologie plasează ambii participanți într-o poziție de mai mare egalitate. În mediile umanitare, foarte frecvent, populațiile afectate sunt văzute ca beneficiari pasivi ai asistenței. Abordarea de tip sistem „buddy” permite o viziune diferită și promovează o autoidentificare diferită, deoarece persoanele afectate devin atât furnizori, cât și beneficiari ai acestor servicii. Prin intermediul abordării de tip sistem „buddy”, este încurajat un sentiment pozitiv de identitate, oferind persoanelor afectate posibilitatea de a deveni modele pozitive.

În situații de urgență și de strămutare, structurile de sprijin din cartier sunt de multe ori distruse, iar sistemul de tip „buddy” poate contribui la crearea și consolidarea țesutului social. Prin încurajarea interacțiunilor prin intermediul prietenilor („buddies”), pot fi înființate grupuri la nivel de bază pentru a recrea **sprijinul** din cartier sau bazat pe probleme.



Prin intermediul abordării de tip sistem „buddy”, persoanele beneficiază de competențe MHPSS pentru a oferi un sprijin eficient colegilor lor și pot forma perechi cu persoanele care au nevoie de mai mult sprijin.

Rolul responsabilului și al supraveghetorului MHPSS este acela de a dezvolta capacitățile prietenilor, de a oferi îndrumare și de a se asigura că aceștia nu fac rău. Prietenii ar trebui să beneficieze de supraveghere, pentru a explora orice provocări pe care le pot întâmpina și pentru a reflecta asupra practicilor și experiențelor trăite. În cele din urmă, în situații de urgență și, în special, în crize prelungite, populațiile pot suferi numeroase strămutări. Prin intermediul abordării de tip sistem „buddy”, persoanele instruite se vor deplasa alături de populația afectată și vor putea furniza MHPSS în continuare, chiar și în situații în care este posibil ca actorii umanitari să nu fie în măsură să ajungă la populația afectată.

13.3.3 Consiliere de grup

Terapie interpersonală de grup (IPT) a fost inițial dezvoltată în Statele Unite ale Americii ca tratament individual pentru depresia unipolară, non-psihotică (Klerman et al., 1984). În tratarea depresiei, IPT vizează legătura dintre debutul simptomelor și problemele interpersonale actuale. Terapeutul IPT începe cu o evaluare diagnostică sistematică, explică diagnosticul și lucrează cu pacientul pentru a identifica zonele problematice asociate cu apariția simptomelor actuale. Dificultățile din patru domenii interpersonale sunt considerate factori declanșatori ai episoadelor depresive și devin punctul central al tratamentului: doliul (datorat decesului unei persoane dragi), disputele interpersonale (neînțelegeri cu persoane importante din viața cuiva), tranzițiile de rol (schimbări în situația de viață, atât negative, cât și pozitive) și deficitul (probleme persistente în inițierea sau menținerea relațiilor).

IPT este specificată într-un manual, a fost testată în numeroase studii controlate și randomizate și este eficientă pentru o serie de tulburări de dispoziție și alte tulburări (tulburări depresive și bipolare, tulburare de stres post-traumatic (PTSD), tulburări de alimentație, printre altele),

pentru anumite grupuri de vârstă (populații de adolescenți, adulți și vârstnici), medii (unități de sănătate mintală în ambulatoriu, asistență medicală primară, clinici școlare, medii comunitare, printre altele) și modalități (de exemplu, individuale, de grup și prin telefon).

Există un număr din ce în ce mai mare de dovezi care arată eficacitatea IPT în regiunile și mediile cu resurse reduse. IPT a fost utilizată într-un format de grup, a fost adaptată din punct de vedere cultural și s-a dovedit a fi eficientă pentru adulții și adolescenții depresivi din comunitățile din sudul și nordul Ugandei, pentru pacienții depresivi din asistența medicală primară din Goa, India și Etiopia, precum și pentru femeile cu depresie post-partum din China și Kenya. Ultimul grup a fost seropozitiv și a inclus supraviețuitori ai violenței din partea partenerului intim. Grupul IPT a fost adaptat pentru diseminarea la nivel mondial de către **OMS**.

Socio-terapia este un sistem terapeutic cu puternice legături teoretice și istorice cu sociologia. Această abordare în terapie pune accentul pe factorii sociali, culturali, de mediu și interpersonali, luând în considerare mediul de viață al grupurilor de clienți, pentru a sprijini adaptarea interpersonală a acestora și pentru a atinge obiectivele tratamentului. În timp ce psihoterapia este axată pe individ, socioterapia consideră că problemele psihologice individuale au adesea cauze sociale sau de mediu care limitează eficacitatea psihoterapiei. Socioterapia își propune să ofere soluții substanțiale la problemele sociopsihologice, ajutându-i pe clienți să-și regăsească armonia cu comunitatea din care fac parte.

Socioterapia se adresează grupurilor de clienți, folosind interacțiunea și socializarea ca modalitate de a colecta informații despre limitele clienților și ca instrument terapeutic. Clienții învață roluri și comportamente interpersonale adecvate prin experimentarea interacțiunilor sociale (Whiteley, 1986); învață din nou rolurile și comportamentele stabilite într-un mediu sigur. Gândurile și sentimentele legate de acest proces sunt discutate cu toți membrii grupului și cu socioterapeuții, care sprijină grupul să se adapteze la viața de zi cu zi în contextul social specific.

Richters (2010) afirmă că „socioterapia îi ajută pe oameni să își recâștige respectul de sine, să reclădească încrederea, să se simtă din nou în siguranță, să depășească auto-culpabilizarea nejustificată, să restabilească un echilibru moral, să aibă speranță, să trăiască fără teroare, să îi ierte pe cei care le-au făcut rău, să își ceară scuze celor pe care i-au nedreptățit și să își recapete locul de drept în cadrul comunității”. Această abordare a fost utilizată cu succes în diferite contexte, iar pentru mai multe informații, vă rugăm să consultați exemple de utilizare a acesteia în Rwanda, unde a fost folosită din 2005 pentru sprijinirea comunităților după războiul și genocidul din 1994 (**aici** și **aici**).



1.3.3.4 Consiliere familială, Pierderea ambiguă - Lucrul cu familiile cu membri dispăruți

Abordările de consiliere care se ocupă de familiile care se confruntă cu pierderi ambigue sunt importante în situațiile de urgență umanitară. Boss (2004) definește pierderea ambiguă drept „o pierdere neclară - o persoană iubită care lipsește fie fizic, fie psihologic. Aceasta rezultă din diverse situații în care nu se știe dacă o persoană este moartă sau vie, absentă sau prezentă, pierdută definitiv sau se întoarce.”

Problemele cu care trebuie să se confrunte familiile cu unul sau mai mulți membri dispăruți sunt multiple și au nevoie de consilieri care să înțeleagă impactul pe care acest tip de dislocare și incertitudine temporală îl poate avea asupra unui sistem familial. Consilierii vor avea nevoie de strategii pentru a preveni și aborda polarizarea și conflictul care pot apărea în familii atunci când se confruntă cu situația dispariției unui membru sau a unor membri. Programele de reîntregire a familiei sunt, de asemenea, importante în această etapă și merg mână în mână cu programele care abordează pierderea ambiguă (Boss, 2018; IFRC, 2001, 2014; Killian, 2016; Robbins, 2013). Pentru îndrumare practică, a se vedea **aici** și **aici**.

Modelul de dezvoltare colaborativă a programelor pentru familii este o abordare bazată pe cercetare și colaborare pentru realizarea de programe comunitare pentru familii. În această abordare, familiile sunt privite ca experți în ceea ce privește natura provocărilor lor și ceea ce își doresc de la un program. Această abordare este deosebit de utilă în conceperea de programe pentru familiile care au suferit opresiuni sociale și care ar putea fi reticente în a participa la programe create pentru ele de către profesioniști, fără a fi consultate. În schimb, atunci când profesioniștii adoptă poziția de elevi respectuoși, familiile răspund prin implicarea activă în cercetarea privind dezvoltarea programului și în programul elaborat în urma acesteia. Acest articol descrie natura și complexitatea unei poziții de dezvoltare a unui program de colaborare (Fraenkel, 2006).

13.3.5. Abordări de consiliere bazate pe tehnologie și rețele de socializare

Abordările de consiliere bazate pe rețelele de socializare reprezintă un nou domeniu de dezvoltare. Deși cele mai bune practici care pot fi reproduse nu au putut fi identificate în acest moment, se recomandă o serie de lecturi pentru inspirație: Ungar et al. (2013), Ruzek et al. (2016), și Ruzek și Yeager (2017).

13.3.6. Instrumente de auto-ajutorare

De multe ori, în situații de urgență, accesul la populațiile cele mai vulnerabile nu este posibil. Această lipsă de acces poate periclita posibilitatea de a furniza servicii de consiliere directă, precum și de a prezenta și promova mecanismele online de consiliere la distanță. În aceste situații, IOM folosește instrumente tipărite și online de auto-ajutorare, care pot fi incluse în pachetele de distribuție sau în alte distribuții de bunuri primare. Procesul de elaborare a acestor instrumente poate fi realizat în patru moduri/etape:

- Grupurile de discuție se desfășoară cu grupuri de persoane accesibile pentru identificarea principalilor factori de stres, a problemelor și a soluțiilor viabile.
- Un grup mixt de psihologi, antropologi și artiști vizuali produc instrumente de auto-ajutorare privind problemele identificate și bazându-se pe factorii de reziliență identificați, care au un ton conversațional și care includ elemente vizuale.
- Mesajele și imaginile rezultate sunt validate în cadrul unor noi grupuri de discuție.
- Broșurile finale sunt tipărite și incluse în pachetele de distribuție, în unitățile sanitare, în trusele educaționale și sunt disponibile online.

A se vedea **aici** varianta în limba engleză *Self Help for Men in Crises and Displacement (Auto-ajutorare pentru bărbați în situații de criză și de strămutare)*, special concepută în 2015 pentru bărbații sirieni care trăiesc în zone inaccesibile din Republica Arabă Siriană. De atunci, broșura a fost distribuită, tradusă, adaptată și utilizată ca material



auxiliar în cadrul sesiunilor de consiliere față în față și de grup pentru bărbați în mai multe țări.

13.3.7. Alte tipuri de sprijin psihosocial direcționat

În acest Manual sunt prezentate și alte forme de sprijin psihosocial direcționat, după cum urmează:

- Grupuri de sprijin bazate pe probleme, generate de programe și grupuri de sprijin între egali;
- Intervenții bazate pe probleme și intervenții bazate pe artă generate de programe (drama-terapie, teatru social, terapie prin artă și **altele**).



În plus, *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență al Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007)* includ PFA ca intervenție de nivelul trei. A se vedea Caseta 59 pentru prezentarea și dezbateri în legătură cu PFA.

→ 13.4. ADAPTAREA, TRADUCEREA, INSTRUIREA ȘI COMPLEXITĂȚILE CULTURALE ÎN LUCRUL CU MIGRANȚII

Intervențiile de consiliere existente menționate pot fi utilizate în cadrul unui program CB MHPSS. Totuși, aceste intervenții, pentru a fi adaptate și extinse, vor necesita:

- O selecție semnificativă a celei mai bune intervenții în funcție de context;
- Adaptarea și traducerea instrumentelor relevante în noua limbă, dacă este necesar;
- Formarea consilierilor în legătură cu metoda și protocoalele.

Pentru modul de alegere a celei mai bune intervenții pentru un cadru specific și pentru adaptarea și traducerea modelului în consecință, vă

rugăm să consultați următoarele capitole ale viitorului *Manual operațional al OMS privind intervențiile psihologice: Integrarea intervențiilor psihologice în serviciile existente*:

- Capitolul 2 - Alegerea celei mai bune intervenții pentru un anumit context;
- Capitolul 3 - Traducerea și adaptarea intervențiilor psihologice.

Viitorul manual al OMS va putea fi găsit aici, în versiunea online a prezentului Manual, de îndată ce va fi publicat.

Atunci când se lucrează cu migranții și populațiile strămutate și cu comunitățile-gazdă ale acestora, aspectele legate de adaptare și traducere devin mai complexe și se desfășoară pe trei niveluri.

Traducerea instrumentului în limba principală, care este bine reflectată în manualul operațional al OMS, ar putea să nu fie suficientă, deoarece migranții și persoanele strămutate provin din alte culturi și pot vorbi una sau mai multe limbi diferite. O soluție posibilă este adaptarea și traducerea protocoalelor, a instrumentelor, a modulelor de formare și a materialelor de sprijin în mai multe limbi. Însă acest lucru nu este întotdeauna fezabil, deoarece pot fi utilizate mai multe limbi, iar procesul poate deveni lung și costisitor.

Din ce în ce mai mult, mai ales în situații de urgență care apar brusc, dar și în situații prelungite, cum ar fi cele din taberele de refugiați din Grecia sau din Kenya, este necesar să se prevadă modalități care să permită consilierilor să lucreze, cu ajutorul traducătorilor, cu un client care nu vorbește aceeași limbă ca ei și care provine dintr-o cultură diferită. Acesta nu este niciodată un proces neutru, deoarece toate modelele de consiliere și intervențiile psihologice se bazează pe o relație de la individ la individ sau pe o relație de la individ la grup, iar prezența unei terțe persoane în ecuație trebuie planificată cu atenție și necesită garanții speciale, care includ:

- Formarea consilierilor pentru furnizarea de consiliere prin traducere.
- Formarea traducătorilor identificați, care de multe ori nu sunt traducători profesioniști, cu

privire la modul în care trebuie să traducă într-un cadru de consiliere, precum și cu privire la confidențialitatea de bază și aptitudinile de ascultare activă.

- Asigurarea salariului sau a sprijinului în natură pentru traducător.
- Educarea consilierilor în domeniul managementului diversității culturale. Aceasta include două tipuri de cursuri de formare, unul mai specific cu privire la ceea ce trebuie făcut și ceea ce nu trebuie făcut în cultura clientului, iar celălalt cu privire la modul de abordare a problemei cheie a diversității culturale în cadrul sesiunii de consiliere.

Pentru a obține îndrumare în organizarea acestor cursuri de formare, vă rugăm să vă adresați la contactpss@iom.int.

→ 13.5. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Unele dintre cele mai frecvente probleme cu care se confruntă persoanele nespecializate care lucrează în astfel de situații este faptul că acești membri ai comunității împărtășesc adesea aceleași tipuri de provocări ca și cei pe care îi consiliază. Reacțiile personale pot îngreuna furnizarea unei consilieri eficiente, necesitând înființarea unei structuri de formare inițială și continuă, precum și monitorizare și

supraveghere continuă.

Este important să existe un cod de conduită care să includă orientări pentru menținerea relațiilor profesionale. **Wessells (2009)**, descrie următoarele principii pentru menținerea unei abordări de tipul „Să nu faci rău”:

- Acordarea unei perioade de timp pentru reflectarea critică asupra aspectelor etice înainte, în timpul și după fiecare intervenție de urgență, pentru a reduce sau minimiza daunele.

- Elaborarea și furnizarea de directive etice specifice cu privire la comportamentul adecvat în situații de urgență internaționale.
- Documentarea și creșterea eficacității intervențiilor MHPSS în situații de urgență.
- Asigurarea pregătirii lucrătorilor MHPSS în situații de urgență internaționale.

Resursele, accesul și capacitățile limitate vor stabili tipurile de programe de consiliere care urmează să fie implementate, însă în aceste situații apare adeseori o mare doză de creativitate și ingeniozitate, iar uneori pot ieși la iveală chiar și cele mai utile resurse și capacități ascunse.

Acest capitol prezintă o perspectivă mai largă decât cea atribuită de obicei unui model individual de consiliere, prin atenția acordată factorilor situaționali și contextuali care trebuie atinși într-o situație de consiliere, prin multitudinea de spații și interacțiuni în care poate avea loc consilierea, precum și prin luarea în considerare a faptului că tipurile mai informale de consiliere se desfășoară de multe ori în mod spontan și periodic. În comunități, aceste procese naturale nu ar trebui să fie afectate, iar programul trebuie chiar să sporească oportunitățile ca aceste interacțiuni să aibă loc, atunci când este posibil.

Asigurarea sprijinului (pentru bunăstarea personalului) și a supravegherii tehnice a consilierilor este importantă și dificilă. Acest aspect este discutat în **capitolul despre Supravegherea tehnică**.



Caseta 59
Primul ajutor psihologic

Primul ajutor psihologic (PFA) reprezintă o abordare bazată pe dovezi care include un ajutor uman, de susținere și practic pentru semenii care suferă de evenimente de criză grave, furnizat de către persoane care se află în poziția de a ajuta alte persoane care au trecut printr-un eveniment dureros. PFA a fost conceput ca o alternativă la intervenția psihologică în cazul incidentelor critice și la alte forme de intervenții psihologice unice după evenimente perturbatoare, concentrate pe paradigmele traumei și pe povestirea acestora. Aceste intervenții s-au dovedit a fi dăunătoare pe termen mediu și sunt descurajate de mai multe agenții, inclusiv de IOM. PFA permite furnizarea de confort emoțional și sprijin practic, fără a îndemna oamenii să povestească ceea ce li s-a întâmplat.

Acesta asigură un cadru pentru sprijinirea imediată a persoanelor în forme care le respectă demnitatea, cultura și abilitățile. PFA este o intervenție de sprijin de scurtă durată și unică și nu poate fi considerată o metodă de consiliere sau un serviciu care poate fi oferit de mai multe ori aceleiași persoane. În cazul în care este nevoie de mai mult decât PFA, cazul ar trebui soluționat prin **trimitere**.

PFA presupune diferite componente, inclusiv contactul inițial cu persoana afectată, asigurarea siguranței și confortului, stabilizarea emoțională, furnizarea de informații și ajutor practic, punerea persoanei în legătură cu rețeaua sa socială, conectarea persoanei cu serviciile disponibile și furnizarea de informații. Furnizorii de PFA trebuie să asigure întotdeauna protecția proprie și a persoanelor asistate împotriva altor prejudicii și să fie pregătiți pentru intervenție, analizând situația și adunând informații în prealabil.

În ciuda faptului că *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC)* (IASC, 2007) plasează această intervenție pe cel de-al treilea nivel al piramidei intervențiilor (sprijin direcționat), deoarece PFA al IOM ar trebui utilizat la toate nivelurile:

- Primul nivel de intervenție - servicii de bază și siguranță: Personalul de coordonare și gestionare a taberelor (CCCM), de sănătate și de intervenție în caz de urgență, printre altele, ar trebui să fie instruit în domeniul PFA, deoarece aceștia sunt, de obicei, primii respondenți în caz de urgență. PFA le permite acestora să furnizeze informații și să sprijine populația afectată într-un mod eficient, evitând suferința indusă de intervenția umanitară.
- Al doilea nivel de intervenție - sprijin comunitar și familial: PFA poate fi utilizat la nivelul comunității. Grupurile de voluntari din populația locală interesați să îi sprijine pe ceilalți pot fi instruiți în domeniul PFA pentru a-și sprijini semenii care se confruntă cu evenimente extrem de stresante.
- Al treilea nivel de intervenție - sprijin direcționat: PFA este, de obicei, prima intervenție pentru persoanele care au nevoie de sprijin după o situație de urgență. Asistenții MHPSS trebuie să fie instruiți în domeniul PFA pentru a ajuta la stabilizarea persoanelor afectate înainte de a stabili dacă este nevoie de consiliere suplimentară sau de sprijin social prin trimitere către alți specialiști.
- Al patrulea nivel de intervenție - servicii specializate: În anumite circumstanțe, PFA poate fi util pentru furnizarea de sprijin inițial persoanelor cu tulburări psihice preexistente sau emergente, precum și familiilor și îngrijitorilor acestora.

Toți lucrătorii MHPSS trebuie să fie instruiți în domeniul PFA. Cele mai frecvente instrumente utilizate pentru formare sunt *Primul ajutor psihologic* al OMS: *Ghid pentru lucrătorii de pe teren* (OMS, 2011) și *Primul ajutor psihologic: manualul facilitatorului pentru orientarea lucrătorilor pe teren* (OMS, 2013). În funcție de context, pot fi utilizate instrumente suplimentare (**aici**, **aici** și **aici**).

Deși nu este nevoie de o pregătire specifică MHPSS pentru instruirea în domeniul PFA, sunt necesare anumite competențe de bază, cum ar fi ascultarea activă, compasiunea și flexibilitatea. Instrumentele PFA contextualizate pentru COVID-19 pot fi găsite **aici**.



➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Betancourt, T. S., S.E. Meyers-Ohki, A.P. Charrow și W.A. Tol

2013 Intervenții pentru copiii afectați de război: O perspectivă ecologică asupra asistenței psihosociale și a asistenței în domeniul sănătății mintale. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(2):70–91.

Bragin, M.

2014 Asistența socială clinică acordată supraviețuitorilor dezastrelor și terorismului: O abordare socio-ecologică. În: *Essentials of Clinical Social Work* (ed. a 2-a) (J. Brandell, ed.). Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 366–401.

Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)

2020 Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială (MHPSS) în cadrul răspunsului față de COVID-19: Orientări și set de instrumente pentru utilizarea echipelor MHPSS ale IOM: Versiunea III-Finală. IOM, Geneva.

Nicolas, G., B. Schwartz și E. Pierre

2009 Weathering the Storms Like Bamboo: The Strengths of Haitians in Coping with Natural Disasters. În: *International Handbook of Emotional Healing: Rituals and Practices for Resilience after Mass Trauma* (A. Kalayjian, D. Eugene și G. Reyes, redactori). Greenwood Publishing Group, Inc., Westport, CT, pp. 96–106.

Nordbrandt, M.S., J. Carlsson, L.G. Lindberg, H. Sandahl și E.L. Mortensen

2015 Tratatamentul refugiaților traumatizați prin terapie de conștientizare corporală de bază versus activitate fizică mixtă ca tratament suplimentar: Protocolul de studiu al unui studiu randomizat controlat. *Studii*, 16(1).

Patel V. and C. Hanlon.

2018 *Where There is no Psychiatrist*. Royal College of Psychiatrists.

Scholte, W. F. and A.K. Ager

2014 Social Capital and Mental Health. *Intervention*, 12(2):210–218.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE



➔ 14.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Tulburările mintale au o gamă variată de manifestări, însă sunt cel mai frecvent caracterizate de o combinație de gânduri, percepții, credințe, emoții, comportamente și relații interpersonale distorsionate (**OMS, 2018b**). Atunci când aceste probleme durează mult timp și/sau sunt foarte accentuate, produc un impact puternic asupra vieții persoanelor afectate și le diminuează semnificativ capacitatea de funcționare. Acestea sunt denumite „tulburări mintale grave” și necesită un nivel ridicat de îngrijire.

Printre exemplele tipice de tulburări mintale grave se numără:

- Tulburări psihotice de toate tipurile (inclusiv psihoza maniacă);
- Prezentări care cauzează incapacitate severă ale tulburărilor de dispoziție și de anxietate (inclusiv prezentări care cauzează incapacitate severă ale depresiei, tulburării bipolare și PTSD);
- Afecțiuni clinice severe cauzate de consumul de alcool sau de alte substanțe psihoactive;

A se vedea **aici** pentru mai multe informații.

Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007) observă, de asemenea, că multe dintre măsurile care trebuie luate pentru protejarea și sprijinirea persoanelor cu tulburări mintale grave se aplică și persoanelor cu alte tulburări și afecțiuni grave, cum ar fi:

- Dizabilități de dezvoltare cu necesități mari de sprijin;
- Tulburări neurologice și afecțiuni neuropsihiatrice, cum ar fi epilepsia, delirul și demența;
- Condiții grave de sănătate mintală definite la nivel local;
- Comportamente de risc asociate în mod obișnuit cu tulburări psihice (cum ar fi sentimentele sinucigașe, automutilarea).

Conform OMS (2018b), factorii determinanți ai sănătății și tulburărilor mintale includ „nu numai atributele individuale, cum ar fi capacitatea de a-și gestiona gândurile, emoțiile, comportamentele și interacțiunile cu ceilalți, ci și factorii sociali, culturali, economici, politici și de mediu, cum ar fi politicile naționale, protecția socială, standardele de viață, condițiile de muncă și sprijinul comunității”.

În timpul situațiilor de urgență, procentul de persoane cu tulburări psihice grave poate crește de la un nivel de bază de 2-3% la 3-4% (OMS și UNHCR, 2012). Situațiile de urgență nu numai că duc la o creștere a numărului de persoane afectate de o tulburare psihică severă, dar starea celor care aveau deja o astfel de tulburare se deteriorează de cele mai multe ori (a se vedea Weissbecker et al., 2019). Pe lângă faptul că destabilizează serviciile medicale și de sănătate mintală existente, situațiile de urgență îi pot priva pe oameni de sprijinul social și de alte mijloace de adaptare care îi susțineau anterior. Familiile pot fi stresate de povara îngrijirii și pot fi mai stigmatizate sau înstrăinate în propriile comunități decât înainte de urgență. Astfel, persoanele cu tulburări psihice grave sunt expuse unui risc ridicat de abandon sau neglijare în situații de urgență (Jones et al., 2009).

Persoanele aflate în mișcare se confruntă cu mai mulți factori de stres, care pot provoca un nivel ridicat de stres și le pot înrăutăți bunăstarea mintală. Anumite rapoarte și cercetări sugerează o prevalență foarte mare a tulburărilor psihice la migranți și refugiați, unele presupunând chiar că majoritatea migranților și refugiaților au tulburări psihice. Cu toate acestea, baza de dovezi pentru astfel de afirmații este contestată din cauza limitărilor metodologice și a tendinței de a confunda toate suferințele emoționale cu tulburările mintale (Rodin și Van Ommeren, 2009; **Schininà și Zanghellini, 2018**).

În realitate, cercetările critice și sistematice privind prevalența și incidența tulburărilor psihice în rândul populațiilor de migranți și nemigranți în cadrul studiilor europene nu au constatat diferențe semnificative între migranți, inclusiv refugiați și nemigranți (Priebe et al., 2016). La

14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

nivel mondial, cercetările sugerează o prevalență mai mare a tulburărilor psihotice la migranți, deși diferențele sunt, în general, marginale (Hollander et al., 2016). Relatările publice privind migrația sunt cu siguranță dominate de discursul privind vulnerabilitatea migranților - cât de vulnerabili sunt migranții și cât de vulnerabile devin societățile - iar un astfel de discurs poate servi în sine la agravarea problemelor psihologice ale migranților (**Schininà și Zanghellini, 2018**).



Raportorul special al Organizației

Națiunilor Unite pentru drepturile oricărei persoane de a se bucura de cel mai înalt nivel posibil de sănătate fizică și mintală (2018) avertizează împotriva utilizării „statisticilor alarmante legate de amploarea tulburărilor mintale ale migranților, deoarece acest lucru poate dirija problemele într-un model biomedical, care poate duce la o atenție diminuată asupra politicii, a responsabilizării și a investiției în condiții favorabile, și sporită asupra tratării afecțiunilor individuale, ceea ce duce la rezultate ineficiente și potențial dăunătoare”.

Programele MHPSS ale IOM nu ar trebui să alimenteze ideile inutile și incorecte conform cărora toate sau majoritatea populațiilor migrante și strămutate suferă de tulburări mintale grave sau de probleme psihologice. Cuvintele contează și este important ca responsabilii și echipele programelor MHPSS să nu folosească un limbaj care patologizează dificultățile psihosociale cu care se confruntă migranții și populațiile afectate de criză și care pune în mod eronat eticheta de bolnav mintal unui întreg grup. Cu toate acestea, în situații de conflicte armate, dezastre naturale, strămutări în masă și crize de migrație, numărul relativ mic de persoane cu tulburări mintale grave se numără printre cele mai vulnerabile.

Responsabilii MHPSS ai IOM ar trebui, prin urmare, să prioritizeze răspunsurile pentru acest grup, atât în ceea ce privește accesul la asistență clinică, cât și în ceea ce privește alte măsuri de protecție, cum ar fi consolidarea măsurilor de protecție.

Cauzele majorității tulburărilor psihice grave nu sunt cunoscute. Discuții privind interacțiunea

complexă dintre factorii biologici și factorii din mediul social în determinarea tulburărilor psihice severe pot fi găsite mai pe larg în OMS (2014) și Patel et al. (2018). În consecință, tratamentul și sprijinul acordat persoanelor cu tulburări psihice grave include, de obicei, o combinație de intervenții biologice, sociale și psihologice. Chiar și în cazul în care se prescriu medicamente farmacologice, acestea nu ar trebui să fie niciodată izolate de alte forme de sprijin individual și social. Multe persoane cu tulburări psihice (depresie, anxietate, PTSD) pot fi ajutate doar prin intervenții psihologice și sociale, fără medicamente. În timpul situațiilor de urgență, există un risc bine documentat de tratare insuficientă și/sau de supramedicație a tulburărilor psihice grave.

Persoanele cu tulburări psihice grave trebuie să primească îngrijiri adecvate, iar aceste îngrijiri sunt mai bine oferite în cadrul comunității, cum ar fi:

- Evitarea spitalizării în instituții dedicate;
- Furnizarea de îngrijiri de sănătate mintală care să fie integrate în asistența medicală generală și primară;
- Implicarea familiei și a altor îngrijitori în tratament;
- Concentrarea pe îmbunătățirea funcționării sociale și profesionale a persoanei, dacă este posibil.

14.1.1 Progrese și bune practici la nivel mondial

O serie de orientări globale încearcă să îmbunătățească îngrijirea persoanelor cu tulburări psihice grave în situații de urgență, iar acestea se concentrează în primul rând pe îngrijirea persoanelor în instituții.

*Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007) **Fișă de acțiune 6.2** include:*

- Asigurarea faptului că în trusa medicală de urgență se află medicamente psihotrope esențiale;



14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

- Cel puțin un membru al echipei de asistență medicală primară de urgență ar trebui să poată acorda asistență de primă linie în domeniul sănătății mintale;
- Formarea și supravegherea personalului de asistență medicală primară disponibil, fără a-l suprasolicita;
- Stabilirea unor puncte logice de acces la serviciile de sănătate mintală (în unitățile sanitare, dar și prin vizite la domiciliu sau în școli și spații adaptate copiilor);
- Evitarea înființării de structuri paralele;
- Informarea populației cu privire la disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală;
- Colaborarea cu structurile comunității locale pentru a identifica, vizita și asista persoanele cu tulburări psihice grave.

cât și a celor non-farmacologice. Unul dintre riscurile implementării mhGAP este că aceste elemente psihosociale pot fi ușor ignorate - deoarece personalul are timp sau pregătire limitată pentru realizarea acestor intervenții, ceea ce duce la o accentuare excesivă a abordărilor farmacologice (Ventevogel, 2014). Pachetul mhGAP se bazează pe unități sanitare; cu toate acestea, asistenții medicali comunitari instruiți și alți voluntari pot avea roluri importante, inclusiv:

Activități de implicare a comunității, inclusiv sensibilizarea cu privire la sănătatea mintală;

Identificarea și trimiterea persoanelor cu probleme de sănătate mintală;

Urmărirea persoanelor cu tulburări psihice grave prin vizite la domiciliu și sprijin practic și emoțional;

Organizarea de grupuri de sprijin: de exemplu, pentru persoanele cu epilepsie, părinții copiilor cu dizabilități intelectuale și persoanele cu tulburări psihice grave;

Cu o pregătire și o supraveghere adecvate: Furnizarea de intervenții psihologice scalabile, cum ar fi:

- **Problem Management Plus** (PM+);
- **Gândire sănătoasă;**
- **Terapie interpersonală de grup.**

Aceste intervenții psihologice scalabile sunt trecute în revistă în capitolul despre **Consiliere**.



Fișa de acțiune 6.2 pledează cu insistență pentru integrarea în cadrul structurilor medicale existente și, pentru a reuși acest lucru, sunt importante abordările bazate pe comunitate (acestea sunt marcate cu caractere albine în lista de mai sus).

Programul de acțiune pentru reducerea decalajelor în domeniul sănătății mintale (mhGAP) al OMS are ca scop extinderea serviciilor pentru tulburările mentale, neurologice și consum de substanțe (MNS), în special în țările cu venituri mici și medii. **Ghidul pentru intervenții umanitare mhGAP (mhGAP-HIG)** conține recomandări de gestionare de primă linie pentru afecțiunile MNS, care pot fi utilizate în situații de urgență umanitară (OMS și UNHCR, 2015). Recomandă ca furnizorii nespecialiști de asistență medicală din unitățile de asistență medicală primară să fie instruiți pentru identificarea și gestionarea afecțiunilor comune de sănătate mintală.

Pachetul se concentrează pe utilizarea tratamentului farmacologic pentru anumite tulburări, dar conține și elemente non-farmacologice, inclusiv psihoterapii scurte și consolidarea sprijinului social. Accentul este pus pe furnizarea atât a elementelor farmacologice,



14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

Caseta 60

Legătura cu echipele medicale de urgență ale IOM

Responsabilii programelor MHPSS ale IOM din teren ar trebui să țină legătura cu echipele medicale de urgență ale IOM, pentru a se asigura că:

- Echipele de asistență medicală primară de urgență administrate de IOM sau de parteneri includ un membru în măsură să furnizeze asistență de sănătate mintală;
- Echipele de asistență medicală primară de urgență administrate de IOM sau de parteneri sunt instruite în domeniul PFA și sunt incluse în formările existente în cadrul mhGAP-HIG;
- Pe baza mecanismelor umanitare naționale existente, farmaciile IOM sau farmaciile și unitățile identificate au suficiente medicamente esențiale pentru afecțiunile cauzate de SNM (a se vedea lista completă [aici](#)).

acestea, comunitățile sunt esențiale pentru îngrijirea și sprijinirea persoanelor cu tulburări psihice grave și a celor care le îngrijesc. Două principii fundamentale sunt importante:

Orientarea spre persoană: Un individ este mai mult decât starea de sănătate mintală sau diagnosticul său, iar nevoile și punctele tari individuale rămân esențiale. Atunci când se adoptă o abordare la nivelul comunității, contribuțiile din partea familiilor și a comunității mai largi sunt folosite pentru a produce o schimbare eficientă în interiorul indivizilor.

Orientarea spre comunitate: De asemenea, este necesar să se adreseze direct sistemului comunitar mai larg, pentru a proteja și promova bunăstarea și pentru a reduce stigmatizarea și gravitatea tulburărilor psihice.

Aceste două concepte definesc abordările comunitare de sprijinire a persoanelor cu tulburări psihice grave, care includ următoarele:



14.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPS

Abordarea și acțiunile care trebuie întreprinse pentru promovarea formelor de sprijin la nivelul comunității în favoarea persoanelor cu tulburări psihice grave pot fi rezumate în opt etape:

- Să răspundă realităților trăite la nivelul comunității prin evaluări participative și relevante din punct de vedere cultural;
- Cartografierea și valorificarea cunoștințelor și resurselor existente la nivelul comunității;
- Includerea persoanelor cu tulburări psihice grave, a familiilor și a îngrijitorilor acestora în planificarea și implementarea programelor MHPSS;
- Stabilirea de trimeri ghidate de comunitate și urmăriri (de la comunitate la serviciile medicale și viceversa);
- Informarea populației în general cu privire la disponibilitatea serviciilor;



Standardul recent revizuit privind sănătatea mintală din **Manualul Sphere** (Sphere Association, 2018) se referă la mhGAP-HIG și pune accentul pe formarea lucrătorilor din domeniul sănătății, pe furnizarea de medicamente psihotrope esențiale și pe monitorizarea aspectelor legate de drepturile omului. Totodată, standardele recomandă colaborarea cu membrii comunității, inclusiv cu persoanele marginalizate, pentru intensificarea sprijinului social și de auto-ajutorare din partea comunității și pentru organizarea unui mecanism de trimitere între furnizorii de servicii medicale și sprijinul din comunitate.

14.1.2 De ce o abordare la nivelul comunității

Orientările globale pentru tulburările psihice grave tind să se concentreze pe îngrijirea medicală a persoanelor în instituții, punând un accent limitat pe abordările comunitare. Cu toate

14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

- (f) Cuprinderea întregului spectru de nevoi MHPSS, inclusiv asigurarea accesului persoanelor cu tulburări psihice grave și al celor care le îngrijesc la nevoile de bază și la sprijin comunitar;
- (g) Implicarea activă a membrilor comunității în intervenția clinică (inclusiv sprijin între egali, intervenții pentru îngrijitori și grupuri ale societății civile);
- (h) Promovarea recuperării la nivelul comunității.

Aceste opt elemente vor fi descrise pe parcursul acestui capitol.

14.2.1 Să răspundă realităților trăite la nivelul comunității prin evaluări participative și relevante din punct de vedere cultural



A se vedea capitolul despre **Interacțiunea cu comunitățile**.

14.2.2 Cartografierea și valorificarea cunoștințelor și resurselor existente la nivelul comunității



Pentru aceste elemente, a se vedea secțiunea dedicată din capitolul 2 despre Interacțiunea cu comunitățile, **aici**.



În plus, atunci când se realizează cartografierea, este important, pe de o parte, să se ia în considerare sistemele tradiționale și religioase și, pe de altă parte, să se asigure că cartografierea este însoțită de o analiză a respectării drepturilor omului și a calității serviciilor clinice existente. Aceasta va include colaborarea cu sistemele tradiționale și religioase. Pentru mai multe informații, faceți click **aici**.

14.2.2.1 Drepturile omului și standardele de calitate

Persoanele cu tulburări psihice grave pot fi expuse unui risc deosebit de ridicat de încălcare a drepturilor omului, prin abuz și exploatare, în special în situații de urgență. Este responsabilitatea tuturor actorilor umanitari să intervină. Prin

intermediul unei abordări comunitare, se pot descoperi mai multe încălcări de acest gen, fie în instituții, fie în unități sau în cadrul comunității. În același timp, abordările comunitare pot ajuta persoanele cheie să înțeleagă mai bine drepturile omului pentru persoanele cu tulburări psihice grave și pot reduce încălcările drepturilor omului.

La nivelul comunității, pot fi găsite strategii pentru a pune capăt discriminării, rețelilor de violențe și pentru a promova dreptul la sănătate, la educație și la nediscriminare.

Evaluarea și cartografierea serviciilor și resurselor existente trebuie să includă o abordare din perspectiva drepturilor omului și respectarea standardelor de calitate. Înainte de inițierea unui sistem de îndrumare către o instituție sau un serviciu, se recomandă insistent realizarea unei evaluări a **Calității și drepturilor OMS, (a se vedea setul de instrumente de evaluare aici)**. IOM nu promovează și nu facilitează trimiterea către instituții sau servicii care nu respectă standardele de bază privind calitatea și drepturile omului.

În plus, programele MHPSS ale IOM nu promovează sau facilitează trimiterea către instituții sau servicii care utilizează forme inumane de tratament și constrângere, cum ar fi legarea pacienților cu lanțuri. De ani de zile, terapia cu electroșocuri a fost aspru criticată de asociațiile de pacienți și de grupurile pentru drepturile omului. În anumite contexte clinice, este acceptată dacă este efectuată sub anestezie și după obținerea consimțământului deplin din partea clienților. Cu toate acestea, în multe locuri, aceste condiții nu sunt îndeplinite. În contextul tipic al strămutării și al migrației, în plus, este adesea dificil să se obțină un consimțământ deplin din cauza problemelor legate de dificultățile lingvistice, a neînțelegerilor culturale, a lipsei de psiho-educație, a trimiterilor care au loc în principal în regim de urgență, a mecanismelor de tutelă precare, a absenței familiilor și a inegalităților de putere adesea inerente în asistența medicală pentru migranți. De aceea, în practică, IOM evită trimiterea persoanelor cu tulburări psihice grave la centrele de sănătate care practică terapia cu electroșocuri.





Întâlnirea grupului de sprijin cu familiile persoanelor cu tulburări psihice severe la amplasamentul pentru Protecția Civililor din Bentiu, Sudanul de Sud. © IOM 2017

Toate condițiile menționate mai sus trebuie verificate înainte de începerea trimerilor, în timpul cartografierii, prin intermediul unei evaluări a drepturilor și calității și a unor evaluări suplimentare. În cazul în care un serviciu sau resursa existentă nu este conformă, IOM poate demara o serie de acțiuni de dezvoltare a capacităților pentru a aduce unitatea în cauză la aceste standarde, dar nu trebuie să o utilizeze între timp. Instrumentele 4 și 5 din **Evaluarea OMS și UNHCR a Nevoilor și Resurselor de Sănătate Mintală și Psihosociale: Set de instrumente pentru contexte umanitare (OMS și UNHCR, 2012)** pot sprijini procesele de modificare a practicilor, astfel încât acestea să fie în conformitate cu principiile drepturilor omului.

14.2.3 Includerea persoanelor cu tulburări psihice grave, a familiilor și a îngrijitorilor acestora în planificarea și implementarea programelor MHPSS;

Este necesar să fie implicate în continuare în mod activ persoanele cu tulburări psihice grave, familiile și îngrijitorii acestora în procesul de planificare și modificare a intervențiilor și programelor. Această implicare ar trebui menținută pe tot ciclul proiectului și ar trebui să fie de natură participativă și să includă mecanisme de dialog permanent, deja identificate în capitolul despre **Interacțiunea cu comunitățile**, cum ar fi comitetele locale de program.

14.2.3 Stabilirea de trimeri ghidate de comunitate și urmăriri

Numeroase persoane cu tulburări psihice grave nu se prezintă la un tratament formal sau abandonează tratamentul din cauza izolării, stigmatizării, fricii, auto-abandonării, dizabilității, accesului

14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

deficitar sau pentru că serviciile sunt percepute ca fiind inadecvate din punct de vedere social sau cultural (IASC, 2007).

Imediat ce atitudinile, sursele de îngrijire și resursele existente sunt bine cunoscute, este posibil ca programatorii să elaboreze și să convină asupra unor mecanisme eficiente de sprijinire a persoanelor, pentru a avea acces la îngrijire.

Pot fi stabilite mecanisme solide de trimitere și de urmărire cu personalul identificat din comunitate, inclusiv cu persoane resursă, vindecători tradiționali/hibridi și religioși și alte persoane influente. Intervențiile pot alege să stabilească mecanisme mai „formale” de trimitere și de urmărire, care sunt bazate pe comunitate, dar care acționează ca o extensie a intervențiilor din cadrul unităților de asistență medicală: de exemplu, lucrătorii din domeniul sănătății înșiși și lucrători sau voluntari calificați din cadrul comunității, care efectuează vizite la domiciliu și/sau sprijină îngrijirea la domiciliu.

Traseele de trimitere în două sensuri (de exemplu, comunitate-instituție și instituție-comunitate) pot fi, de asemenea, convenite cu resursele comunitare, în colaborare cu sistemele de vindecare tradiționale și religioase. Traseele de trimitere de la unitate la comunitate reprezintă o componentă necesară a mhGAP-HIG. Orientările de tratament se suprapun cu necesitatea de a se raporta la servicii sociale sau de protecție comunitare, adăpost, produse alimentare și nealimentare, centre comunitare, grupuri de auto-ajutorare și de sprijin, activități generatoare de venit și alte activități vocaționale, precum și educație formală/informală și spații adaptate copiilor sau alte activități structurate (OMS și UNHCR, 2015).

Familiiile, egalii și comunitatea mai largă sunt, de asemenea, puncte de trimitere cruciale și sunt necesare pentru o urmărire eficientă a persoanelor cu tulburări psihice grave.

asistent psihiatric, un asistent social și un șofer, sau profesioniști sau activiști similari, care sunt instruiți și supravegheați în mod corespunzător.

Membrii echipei provin, de obicei, din comunitățile afectate și, prin urmare, pot acționa pe post de catalizatori comunitari pentru trimiteri. **Aceste echipe** pot include traducători sau mediatori culturali în timpul crizelor de migrație. Aceștia au următoarele sarcini:

- (a) Identificarea persoanelor cu tulburări psihice grave;
- (b) Preluarea persoanelor cu tulburări psihice grave trimise de către echipele PMT, familii și/sau alți parteneri;
- (c) Facilitarea programărilor persoanelor cu tulburări psihice grave la cea mai apropiată unitate de îngrijire, evitarea pe cât posibil a instituționalizării, favorizând întotdeauna îngrijirea ambulatorie și limitarea la minimum a îngrijirii spitalicești, atunci când starea clientului sau logistica deplasării nu permite îngrijirea ambulatorie;
- (d) Urmărirea clientului în comunitate, în special:
 - (i) Verificarea respectării protocoalelor de medicație;
 - (ii) Sprijinirea nevoilor sociale prin trimitere;
 - (iii) Sprijinirea îngrijitorilor în rolul îndeplinit, prin psiho-educație și consiliere;
 - (iv) Asigurarea unei continuități în îngrijire, care să facă legătura între client și îngrijitori și diferitele activități oferite de echipele PMT la nivel recreativ, de socializare, artistic și de consiliere;
 - (v) Organizarea de sprijin între egali pentru îngrijitori (punctele (iii), (iv) și (v) sunt analizate mai jos).



Modelul PM al IOM ar trebui să includă, atunci când resursele permit acest lucru, Echipe de trimitere separate și dedicate. Echipele de trimitere sunt alcătuite, de obicei, dintr-un

14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

Caseta 61

Persoane plasate în instituții în situații de urgență

Contextele de urgență pot afecta integritatea instituțiilor existente. Așa cum subliniază Orientările MHPSS ale IASC: „Anumite persoane cu tulburări psihice grave plasate în instituții sunt (prea) dependente de îngrijirea instituționalizată pentru a putea pleca cu ușurință în altă parte în caz de urgență.”

În situații de urgență, persoanele aflate anterior în instituții se pot regăsi din nou în comunitate. Printre principalele măsuri recomandate din **Fișa de acțiune 6.3** se numără:

- Asigurarea că o singură agenție își asumă responsabilitatea, în mod ideal prin sprijinirea guvernului, pentru sprijinirea persoanelor aflate în instituții.
- În cazul în care acestea rămân deschise, protejarea demnității și a drepturilor persoanelor care se află în acestea (a se vedea secțiunea 14.4.2.2) și asigurarea disponibilității unei îngrijiri medicale și psihice de bază continue.
- În cazul în care sunt închise temporar (de exemplu, din cauza unui cutremur) sau sunt abandonate de către lucrătorii din domeniul sănătății, mobilizarea resurselor comunitare prin discutarea cu liderii comunității a responsabilităților comunității de a asigura o rețea de susținere și protecție, care poate include lucrători din domeniul medical, lucrători comunitari din domeniul sănătății, furnizori informali de servicii medicale (cum ar fi liderii religioși, vindecătorii tradiționali), lucrători sociali, grupuri comunitare și membri ai familiei.
- Furnizarea, pentru aceste rețele comunitare, a unei formări de bază și a unei supravegheri atente și continue legate, de exemplu, de gestionarea crizelor și de utilizarea etică a constrângerilor.

În anumite situații, instituțiile psihiatrice pot rămâne deschise, chiar dacă sunt avariate, iar persoanele cu tulburări psihice grave, excluse și mai mult prin șederi îndelungate în aceste instituții adesea rezidențiale, pot rămâne să locuiască în spațiile avariate. Ca atare, aceștia vor avea nevoie de adăpost, hrană, apă, salubritate, îmbrăcăminte și îngrijire medicală și psihiatrică esențială.

În Haiti, în urma cutremurului din 2010, unitățile rezidențiale de psihiatrie s-au prăbușit fizic, dar un număr considerabil de rezidenți au rămas înăuntru, trăind printre ruine. Majoritatea furnizorilor de servicii nu au putut ajunge la unitate timp de mai multe zile. În astfel de situații, IOM va considera zona unității de psihiatrie drept tabără, acordând rezidenților toate serviciile furnizate în taberele prioritare în conformitate cu Cadrul de coordonare și gestionare a taberelor, până când vor fi găsite alte soluții mai sustenabile.



14.2.5 Informarea populației în general cu privire la disponibilitatea serviciilor

În ceea ce privește trimerile, trebuie sensibilizată comunitatea în general cu privire la conținutul și disponibilitatea serviciilor.

Resursele comunitare pot fi utilizate pentru diseminarea acestor informații, deoarece este mai probabil ca informațiile care provin dintr-o sursă de încredere să fie crezute și să se acționeze în consecință. În IOM, Echipele de trimitere dedicate pot organiza ateliere de sensibilizare și informare, echipa PMT va furniza aceste informații în timpul atelierelor și evenimentelor, iar informații clare despre serviciile de sănătate mintală existente pentru persoanele cu tulburări psihice grave vor fi întotdeauna vizibile la

14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE



centrele MHPSS. Mai multe informații referitoare la creșterea gradului de conștientizare și susținere pot fi găsite în **Manualul de operațiuni mhGAP al OMS** (OMS, 2018e).

Caseta 62

Disponibilitatea serviciilor

Sensibilizarea în legătură cu disponibilitatea serviciilor ar trebui realizată ținând cont de faptul că „oferta” trebuie să răspundă la „cere-re”, pentru a evita frustrările și, mai ales, accesul inconsecvent la tratament. Prin urmare, abordările la nivel pe comunitate și cele la nivel de instituții se completează reciproc.

- Acordarea de consiliere cu privire la disponibilitatea și localizarea serviciilor de bază și a mecanismelor de siguranță;
- Consilierea cu privire la îngrijirea personală de bază (nutriție, fizică);
- Recomandarea activă și colaborarea cu sectorul social pentru a pune oamenii în legătură cu serviciile sociale (cum ar fi gestionarea cazurilor de tip asistență socială);

Consiliere cu privire la probleme de siguranță, atunci când persoana nu este suficient de conștientă de amenințările la adresa securității (OMS și UNHCR, 2015).

Persoanele cu tulburări psihice grave pot avea nevoie, de asemenea, de ajutor suplimentar pentru a accesa un sprijin adecvat din punct de vedere cultural din partea comunității și a familiei, aspect care este analizat pe larg în acest capitol. Participarea la programele convenționale ar trebui să fie permisă și pot fi oferite activități recreative, alte activități sportive și cursuri de informatică și de alfabetizare (UNHCR, 2018a).


Demersurile menționate mai sus ar trebui sprijinite de echipele PMT ale IOM pentru persoanele cu tulburări psihice grave, inclusiv prin managementul de caz orientat spre asistența socială și trimiterea la alte activități organizate de către echipele PMT. Modelul echipelor PMT ale IOM ar trebui să aibă sarcina de a se asigura că este asigurată o continuitate a îngrijirii atunci când se face legătura între client și îngrijitori și diferitele activități oferite de echipele PMT la nivel recreativ, de socializare, artistic și de consiliere.

14.2.6 Acoperirea întregului spectru de nevoi MHPSS

În mediile umanitare, serviciile de bază, structurile sociale, viața de familie și siguranța sunt de multe ori perturbate. Persoanele cu tulburări psihice grave se confruntă frecvent cu aceste provocări suplimentare în ceea ce privește rutina zilnică și îngrijirea de bază. Nevoile de sănătate fizică ale persoanelor cu tulburări psihice grave pot fi deseori ignorate, în ciuda dovezilor că acestea pot trăi cu 10-20 de ani mai puțin decât restul populației (OMS, 2018a). Prin urmare, este esențial să se ia în considerare toate etajele piramidei Ghidului MHPSS al IASC (IASC, 2007), iar pentru ca etajele inferioare - accesul la serviciile de bază și securitate și considerentele sociale ale acestora, precum și consolidarea sprijinului familial/comunitar (a căror abordare se bazează în mare parte pe comunitate) - să fie îndeplinite în mod adecvat, probabil sunt necesare considerații speciale.

mhGAP-HIG evidențiază necesitatea de a sprijini persoanele cu tulburări psihice grave pentru a avea acces în condiții de siguranță la serviciile necesare supraviețuirii și pentru un mod de viață demn - cum ar fi apa, salubritatea, ajutorul alimentar, adăpostul, sprijinul pentru mijloacele de subsistență - prin următoarele acțiuni:

14.2.7 Implicarea activă a membrilor comunității în intervenția clinică

O serie de modele de intervenție pentru tulburările psihice grave se bazează pe comunitate, implică în mod activ membrii comunității și sunt adecvate pentru utilizarea în situații de urgență. Mai jos sunt prezentate trei exemple, cu trimitere, pe cât posibil, la seturi de instrumente utile pentru punerea în aplicare. În plus, faceți click **aici**  pentru a afla mai multe despre modalitățile de implicare a liderilor spirituali și tradiționali în furnizarea de sprijin CB pentru persoanele cu tulburări psihice grave.

14.2.7.1 Sprijin între egali

Sprijinul între egali a fost utilizat pe scară largă în domeniul sănătății mintale, deoarece (a) creează un mediu sigur pentru exprimarea și schimbul liber de emoții și gânduri cu privire la situația și provocările actuale ale unei persoane; (b) permite învățarea din alte situații similare; (c) creează ocazia de a construi noi relații și de a consolida rețelele de sprijin social; și (d) ajută membrii grupului să acceseze resurse și sprijin (OMS, 2017a).

Pentru grupuri de sprijin între egali pentru persoanele cu tulburări psihice grave, a se vedea **OMS, Înființarea de grupuri de sprijin între egali în domeniul sănătății mintale și domenii conexe** (ibid.).

Sprijinul individualizat între egali reprezintă o formă de sprijin individual oferit de către un coleg care a avut o problemă de sănătate mintală și s-a recuperat, unui alt coleg care ar dori să beneficieze de această experiență și de acest sprijin (ibid.). Ghidul pentru furnizarea de sprijin individualizat între egali poate fi găsit **aici**.

UNHCR (2017) descrie angajarea refugiaților individuali ca voluntari pentru sprijinirea altor refugiați. Cu o pregătire, o supraveghere și un sprijin adecvat, refugiații pot furniza cu succes sprijin adecvat din punct de vedere cultural, având în vedere cunoștințele lor profunde despre comunitățile acestora. Ghidul descrie modul în care „implicarea refugiaților este, de asemenea, esențială pentru consolidarea stimei de sine și a demnității lor și le întărește capacitatea de a face față propriei probleme” și poate fi găsit **aici**.

Caseta 63

Problemă transversală - Stigmatizarea și discriminarea

Stigmatizarea și discriminarea la nivelul comunității creează bariere suplimentare pentru persoanele cu tulburări psihice grave, cu efecte negative asupra sănătății lor mintale. Această stigmatizare include uneori discursuri subiective care consideră că persoanele cu tulburări psihice grave sunt rele, periculoase, criminale și așa mai departe. Deoarece migranții și refugiații sunt de cele mai multe ori stigmatizați ca atare, tulburările psihice grave la refugiați și migranți pot cauza stigmatizare și pot împiedica persoanele afectate și îngrijitorii acestora să solicite ajutor. Ar putea exista mai multe strategii pentru combaterea stigmatizării.

Pentru orientări privind gestionarea stigmatizării, **Federația Internațională a Asociațiilor de Combatere a Leprei** a elaborat **o serie de ghiduri** pentru responsabili, lucrători din domeniul sănătății și asistenți sociali, care au fost aplicate pentru a fi utilizate în domeniul sănătății mintale.

Printre alte strategii se numără:

- Asigurarea implicării active a membrilor comunității: După cum am descris pe parcursul acestui capitol, acest lucru poate îmbunătăți înțelegerea și produce mai mulți „avocați ai sănătății mintale”.
- Creșterea gradului de conștientizare: **Campaniile OMS în legătură cu depresia** poate fi considerate un instrument valabil în acest sens.
- Implicarea persoanelor cu experiență de viață în ceea ce privește tulburările psihice grave. Echipele PMT ale IOM ar trebui să abordeze stigmatizarea tulburărilor mintale prin:
- Includerea persoanelor cu tulburări psihice grave în activitățile acestora de **asigurare a mijloacelor de subsistență, socioculturale** și recreaționale și **sportive și de jocuri**;
- Organizarea de campanii și discuții de combatere a stigmatizării în comunitate, în special în urma unor rapoarte sau incidente de stigmatizare;
- Evenimente ad-hoc, cum ar fi celebrarea Zilei Sănătății Mintale în Nigeria.

Selectarea membrilor echipei atât din comunitatea gazdă, cât și din comunitatea strămutată poate contribui la integrarea cunoștințelor locale pentru combaterea stigmatizării și pentru a evita discursurile inadecvate din punct de vedere social.

Caseta 64

Considerații lingvistice și culturale în asistența medicală specializată în domeniul sănătății mintale

Trebuie consolidate aspectele culturale în cadrul intervențiilor specializate și direcționate recunoscute la nivel mondial, în special atunci când se lucrează cu migranții și populațiile strămutate care vorbesc limbi diferite și provin din medii culturale foarte diferite. Modele precum mhGAP, atunci când sunt adaptate din punct de vedere cultural într-o țară (**a se vedea Manualul de operațiuni mhGAP** (OMS, 2018e)) vor fi de obicei adaptate la cultura generală a țării respective, fără a lua în considerare complicațiile culturale sporite ale lucrului cu minoritățile, subgrupurile și migranții care nu vorbesc limba locală sau nu împărtășesc cultura locală. Este posibil ca persoanele care furnizează intervenții direcționate și specializate să nu fie pregătite să aprecieze faptul că expresiile culturale ale tulburărilor psihice pot varia și sunt ușor de interpretat greșit, în special în situații de urgență, sau să lucreze cu ajutorul unui traducător-interpret.

Responsabilii programelor MHPSS ar trebui să ia în considerare următoarele activități în funcție de necesități:

- Includerea unui modul, în coordonare cu OMS și UNHCR, privind lucrul cu migranții și în traducere, în cadrul cursurilor de formare mhGAP-HIG.
- Organizarea unor scurte cursuri de instruire în domeniul sănătății mintale și al mobilității populației și colaborarea cu traducătorii pentru serviciile de sănătate mintală existente în cadrul mecanismului de trimitere: Pentru conținutul instruirii, puteți contacta Compartimentul MHPSS al IOM la adresa contactpss@iom.int.
- Formarea unui grup de migranți care cunosc atât limba de origine, cât și limba locală ca mediatori de sănătate mintală: Pentru conținutul instruirii, puteți contacta Compartimentul MHPSS al IOM la adresa contactpss@iom.int.
- Adăugarea unui traducător la echipele de trimitere dedicate sau detașat direct la serviciile de sănătate mintală utilizate cu precădere de anumite populații de migranți.
- Colaborarea cu traducătorii nu este nici ușoară, nici neutră și necesită pregătire și măsuri de protecție. Pentru mai multe informații, a se vedea [aici](#).



14.2.7.2 Intervenții pentru îngrijitori

Famiile și îngrijitorii sunt esențiali pentru bunăstarea persoanelor cu tulburări psihice grave. Având în vedere acest rol crucial, există posibilitatea de a le consolida capacitatea de furnizare de sprijin. Pentru referință, a se vedea OMS (2015b), **Formarea competențelor îngrijitorilor pentru gestionarea tulburărilor de dezvoltare**.

UNICEF (2018) Orientările operaționale: *Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială la nivelul comunității, în contexte umanitare: Asistență pentru copii și familii pe trei niveluri* (versiunea de testare pe teren) și UNICEF (2021) *Compendiu de resurse MHPSS la nivelul comunității* cuprinde, de asemenea, îndrumări pentru sprijinirea părinților și a îngrijitorilor.

- Sarcinile echipelor de trimitere dedicate în cadrul modelului PMT al IOM ar trebui să includă, atunci când resursele permit:
- Sprijinirea îngrijitorilor în rolul îndeplinit, prin psiho-educație, grupuri de sprijin și consiliere;
- Organizarea de sprijin individual și între egali pentru îngrijitorii înșiși.



14. ASISTENȚĂ ÎN COMUNITATE PENTRU PERSOANELE CU TULBURĂRI PSIHICE GRAVE

- În ceea ce privește sprijinul adresat îngrijitorilor înșiși, mhGAP-HIG recomandă următoarele măsuri:
- Întrebați îngrijitorul (îngrijitorii) despre preocupările, capacitățile, bunăstarea fizică și psihologică și propriul sistem de sprijin social.
- Oferiți-le informații despre serviciile și sprijinul comunitar relevant și discutați despre îngrijirea cu perioadă de odihnă (un alt membru al familiei sau o persoană potrivită poate prelua temporar îngrijirea persoanei).
- Îndrumați-i către echipele PMT pentru a le oferi management de bază al stresului și încurajați-i să acceseze sprijinul social sau, dacă este necesar, oferiți-le un sprijin mai direcționat.
- Confirmați că îngrijirea unei persoane este stresantă, dar accentuați-le că este important să continue să facă acest lucru (OMS și UNHCR, 2015).

Caseta 65

Sprijin între egali în taberele de refugiați din Kenya

Foști pacienți ai clinicii de sănătate mintală a spitalului s-au înscris ca „lucrători voluntari pentru refugiați” pentru a sprijini monitorizarea pacienților actuali. Aceștia au fost deosebit de valoroși atunci când indivizii și familiile au renunțat la tratament, efectuând vizite la domiciliu pentru a identifica și a aborda problemele, pentru a oferi sprijin social și emoțional de bază și pentru a acționa ca o punte de legătură între unitatea sanitară și comunitate. De asemenea, au servit ca un instrument puternic de „anti-stigmatizare”, oferind un exemplu că indivizii sunt mai mult decât starea lor de sănătate mintală și că este posibil să lucreze în mod productiv și să trăiască bine.

14.2.7.3 Grupuri psiho-educăționale multifamiliale

Una dintre cele mai promițătoare abordări de consiliere bazate pe dovezi este grupul psiho-educățional multifamilial. Un exemplu al acestei abordări bazate pe reziliența familiei și a comunității a fost pus în aplicare în Kosovo⁴ după război¹ în lunile care au urmat încetării conflictului. Kosovo Family Professional Educational Collaborative, o echipă de profesioniști în domeniul sănătății mintale de la Facultatea de Medicină a Universității din Pristina și de la Academia Americană de Terapie Familială, a dezvoltat o abordare psiho-educățională multifamilială al cărei scop este de a permite persoanelor cu tulburări psihice grave să trăiască în comunitate sub îngrijirea și supravegherea membrilor familiei. Grupurile au îmbunătățit capacitățile familiilor de a îngriji membrii cu tulburări psihice grave, ajutându-le să înțeleagă natura tulburărilor psihice și să dezvolte abilități pentru a oferi îngrijire la domiciliu. De asemenea, au ajutat familiile să dezvolte un sistem de sprijin prin întâlniri cu alte familii care se confruntau cu provocări similare. Grupurile multifamiliale au inclus prezentări privind simptomele psihiatrice și evoluția clinică a tulburărilor psihice cronice, utilizarea medicamentelor și efectele secundare, rolul factorilor psihosociale în precipitarea sau prevenirea recidivei, răspunsurile la probleme și crize comune și abordările de consolidare a rezilienței în cazul bolilor psihice grave. A se vedea **Weine et al. (2005)** pentru mai multe informații despre procesul de lucru în grup și subiectele sesiunilor.



⁴ Referințele la Kosovo vor fi interpretate în contextul Rezoluției 1244 a Consiliului de Securitate al Organizației Națiunilor Unite. (1999).

14.3.8 Promovarea recuperării la nivelul comunității

Semnificația noțiunii de „recuperare” după o tulburare mintală poate varia de la o persoană la alta. Pentru mulți, nu este vorba doar de a fi „vindecat”, ci de „recâștigarea controlului asupra identității și vieții proprii, de a avea speranță pentru viața lor și de a trăi o viață care să aibă sens pentru ei, fie că este vorba de muncă, de relații, de implicarea în comunitate sau de unele sau toate acestea” (OMS, 2017).

Componentele cheie ale recuperării pot include incluziunea, relațiile, sensul și scopul, visele și aspirațiile, controlul și alegerea, gestionarea suferințelor și a coborâșurilor și asumarea de riscuri pozitive (OMS, 2015c).

Activitățile care promovează recuperarea pot fi mai eficiente atunci când sunt desfășurate la nivelul comunității. Mai jos sunt prezentate două exemple.

14.3.8.1 Incluziune vocațională și economică

Diferitele tipuri de intervenții care îmbunătățesc incluziunea vocațională și ocuparea forței de muncă sunt etichetate frecvent ca fiind „orientate spre recuperare” (Slade et al. 2014). **Intervenții pentru asigurarea mijloacelor de subsistență** au fost, de asemenea, utilizate pentru persoanele cu tulburări psihice.

OMS (2015c) concluzionează că strategiile orientate spre recuperare care îmbunătățesc incluziunea vocațională și economică ar trebui contextualizate în funcție de mediul lor social și cultural. Pentru mai multe informații **a se vedea aici**.

14.3.8.2 Viața autonomă

Persoanele cu tulburări psihotice au un risc ridicat de a se confrunta cu lipsa de adăpost și instabilitatea locuinței (Fazel et al., 2008). Facilitarea vieții asistate, a vieții independente și a locuințelor sprijinite poate acționa ca o bază de la care persoanele cu tulburări psihice severe pot atinge numeroase obiective de recuperare (Slade et al., 2014).

OMS (2015d) recomandă ca intervențiile să fie adecvate din punct de vedere cultural și contextual, să țină seama de resursele locale și de normele culturale locale și să implice persoanele, familiile/îngrijitorii acestora și comunitatea în general în conceperea și punerea lor în aplicare. Pentru mai multe informații, **a se vedea linkul**.

➔ LECTURI SUPLIMENTARE

Jones, L., J.B. Asare, M. El Masri, A. Mohanraj, H. Sherief și M. Van Ommeren

2009 Tulburări psihice grave în situații de urgență complexe. *The Lancet*, 374(9690):654–661. Tungpunkom, P.

2012 Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Systematic Review* (1). Weissbecker, I., F. Hanna, M. El Shazly, J. Gao și P. Ventevogel

2019 Integrative Mental Health and Psychosocial Support Interventions for Refugees in Humanitarian Crisis Settings. În: *Uncertain safety. Understanding and assisting the 21st century refugees* (T. Wenzel și B. Drozdek, redactori). Springer, New York, pp. 117–153.

Organizația Mondială a Sănătății (WHO)

2018b *Mental Disorders*. WHO, Geneva.

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**.

15. SUPRAVEGHERE TEHNICĂ ȘI FORMARE



I. SUPRAVEGHERE TEHNICĂ

➔ 15.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

În programele MHPSS ale IOM, „supravegherea tehnică” se referă la strângerea laolaltă a supraveghetorilor calificați, a echipelor PMT și a altor echipe MHPSS pentru a reflecta asupra activității. Este un proces de sprijin și de reflecție și este separat de evaluarea performanțelor responsabililor. Se referă la responsabilizare și relaționare, nu la control.

În acest sens, este diferită de modul în care este înțeleasă „supravegherea tehnică” în alte domenii, unde include o componentă de monitorizare a standardelor programului.

Principiul general care ghidează supravegherea tehnică în domeniul CB MHPSS constă în îmbunătățirea calității serviciilor oferite și în prevenirea daunelor pentru persoanele și comunitățile afectate care beneficiază de aceste servicii, precum și pentru personalul implicat. Supravegherea tehnică vizează intersecția dintre dezvoltarea personală și cea profesională a **personalului supravegheat**. Supravegherea tehnică trebuie coordonată și integrată cu supravegherea managerială, pentru menținerea unui program funcțional.

personalului și poate contribui la asigurarea unor rezultate mai bune pentru clienți.

Sprijin pentru personal: Echipele MHPSS au posibilitatea de a vorbi despre dificultățile pe care le întâmpină la locul de muncă. Este important de reținut că, în situații de urgență, unii membri ai personalului MHPSS experimentează pentru prima dată rolul formal de ajutor. Chiar și atunci când sunt asistenți cu experiență, aceștia se confruntă cu factori noi și aud în permanență povești despre experiențe dificile, care sunt noi pentru ei.

Caseta 66

Îngrijirea personalului

Membrii echipelor MHPSS pot fi ei înșiși supraviețuitori sau se pot confrunta cu provocări contextuale similare cu cele cu care se confruntă clienții lor. Pentru sprijinul personal acordat membrilor echipei, supraveghetorii trebuie să se coordoneze cu responsabilii și cu unitatea de îngrijire a personalului din cadrul Organizației. Personalul IOM se poate adresa Unității de sănătate ocupațională a Organizației la adresa swo@iom.int. Supravegherea tehnică este, într-adevăr, o parte esențială a îngrijirii personalului, dar nu este singurul element al îngrijirii holistice a personalului în situații de urgență, care se bazează, de asemenea, pe politicile de resurse umane și pe sprijinul personal.

15.1.1 Obiectivele supravegherii tehnice

Supravegherea tehnică urmărește două obiective principale:

Standarde profesionale: Supraveghetorii ajută echipele PMT și MHPSS să învețe din experiența proprie și să progreseze în ceea ce privește expertiza, precum și să asigure furnizarea de servicii de calitate pentru persoanele cărora acestea le sunt furnizate. Aceasta include atât dezvoltarea competențelor, cât și responsabilitatea etică. Acest mod de asigurare a supravegherii tehnice este legat de bunăstarea individuală a

15.1.2 Cui se adresează supravegherea tehnică

Supravegherea tehnică este necesară atât pentru personalul nou, cât și pentru cel experimentat din cadrul MHPSS, în mod ideal la toate nivelurile (furnizorii de servicii și supraveghetorii înșiși). Mulți membri ai personalului trăiesc un dublu rol, fiind atât ajutoare (viața profesională), cât și persoane afectate de urgență (viața personală).

Furnizarea supravegherii la toate nivelurile asigură sprijin pentru echipele MHPSS și îmbunătățește nivelul de competențe, dar demonstrează, de asemenea, o cultură a învățării și a auto-reflecției atunci când supravegherea este pentru toată lumea.

15.1.3 În ce constă supravegherea tehnică

În termeni practici, supravegherea tehnică presupune ca echipele MHPSS să se întâlnească periodic cu un supraveghetor calificat, pentru a discuta despre clienți individuali, grupuri, intervenții comunitare și orice alte activități MHPSS pe care le desfășoară, într-un mod **structurat**. Acesta include, de asemenea, formarea la locul de muncă. Supravegherea ar trebui privită ca un schimb reciproc de întrebări, observații și speculații care ajută la selectarea alternativelor de pus în practică. Echipele MHPSS pot adresa întrebări cu privire la cazurile (care pot fi clienți individuali, familii, grupuri sau comunități) sau activitățile cu care întâmpină dificultăți și despre modul în care asistența pe care o furnizează poate fi îmbunătățită. De asemenea, supraveghetorul poate adresa întrebări, care pot ajuta personalul MHPSS să revizuiască și să analizeze în mod critic ceea ce face în practică, cu scopul de a consolida serviciile. În plus, supraveghetorul va colabora cu responsabilii în elaborarea unui plan de formare pentru echipă, care să rezulte din lacunele și problemele care au apărut în timpul supravegherii.

Mai precis, supravegherea se poate concentra pe:

- Metodele și modalitățile activității MHPSS;
- Preocupări pe care echipele MHPSS le au în legătură cu orice aspect al unei activități MHPSS;
- Lipsa de progres sau dificultăți cu o activitate de caz;
- Conștientizarea impactului potențial al valorilor personale ale membrilor echipei MHPSS asupra practicii acestora;
- Identificarea oricărui impact negativ asupra echipelor MHPSS ca urmare a unui caz pe care îl gestionează, precum și a strategiilor de îngrijire personală;
- Aspecte legate de stabilirea și menținerea unor limite adecvate cu populația afectată;
- Aspecte legate de dinamica echipei;
- Practica etică și profesională și respectarea codurilor de conduită;
- Identitatea profesională și dezvoltarea rolului;
- Dezvoltarea abilităților și a cunoștințelor.

Este important să se facă o diferență între sprijinul tehnic și sprijinul personal în procesul de supraveghere. Poate fi în continuare util pentru lucrători să caute sprijin personal, dar este important să fie clar că procesul de supraveghere tehnică este legat de problemele profesionale. Aceasta din mai multe motive, printre care respectarea limitelor personale ale lucrătorilor și evitarea relațiilor duble; dinamica de putere a friei de a-și pierde locul de muncă din cauza unor probleme personale; și faptul că îngrijirea personalului ar trebui considerată o datorie organizațională, iar nu o responsabilitate a fiecărui proiect sau program, ceea ce poate crea o ofertă inegală de oportunități de sprijin personal între membrii personalului care lucrează pentru diferite programe în cadrul aceleiași **misii**.

15.1.4 Supraveghere tehnică: Ce este și ce nu este

Figura 13 ilustrează ce este și ce nu este supravegherea tehnică.

15.1.5 Cerințe de supraveghere tehnică

Cerințele de supraveghere tehnică includ următoarele:

- (a) Supravegherea tehnică este integrată într-o cultură a respectului și a sprijinului: Este important de clarificat faptul că obiectivul supravegherii își are originea în responsabilitatea organizațională de a sprijini lucrătorul și clientul în furnizarea și primirea unui serviciu, ceea ce are mai multe șanse de a respecta standardele de calitate și de a evita răul, decât de a servi ca o modalitate de a critica sau de a verifica munca unei persoane. Supravegherea tehnică, așa cum s-a subliniat anterior, se înscrie în contextul mai larg al îngrijirii și dezvoltării personalului, care reprezintă o responsabilitate organizațională.
- (b) Supravegherea tehnică asigură un mediu de învățare: În mod implicit, devine o modalitate de educare a personalului la locul de muncă,

într-un mod participativ. În plus, prin intermediul supravegherii, supraveghetorul tehnic poate identifica lacunele de cunoștințe sau de competențe pe care echipele trebuie să le suplinească și poate sugera conducerii să organizeze cursuri de formare sau de educație suplimentare în consecință.

- (c) Supravegherea tehnică este un spațiu în care se acordă fidelitate și inovație modelului: Supravegherea poate asigura faptul că echipele MHPSS furnizează intervențiile prevăzute. Există motive pentru care intervenția este structurată în acest mod și poate fi important pentru lucrător să furnizeze componentele esențiale în modalități specifice. Acesta face parte din procesul de asigurare a calității serviciilor pentru clienți. Cu toate acestea, este de multe ori necesar și util să se adapteze intervenția în funcție de nevoile clientului sau de competențele personalului MHPSS. În cazul în care există tehnici noi pe care membrii personalului MHPSS le-au învățat sau preferă să le aplice, sau dacă există modalități de acțiune în cadrul comunității pe care le-au învățat, supravegherea tehnică ajută la garantarea faptului că serviciile învățate sunt integrate corect în serviciu sau în intervenție.

Figura 13: Ce este și ce nu este supravegherea tehnică

Ce ESTE supravegherea tehnică	Ce NU este supravegherea tehnică
Aceasta ar trebui să aibă drept scop crearea unui loc sigur, în care personalul MHPSS să se simtă confortabil pentru a discuta despre aspectele tehnice ale muncii desfășurate, discutând liber despre orice provocări pe care le-ar putea întâmpina. Ar trebui să fie un spațiu de susținere și încurajare, care să faciliteze creșterea și să permită greșelile.	Aceasta NU este un instrument de management al performanței care va fi utilizat pentru evaluarea performanței în termeni de management.
Ar trebui să fie dedicată în întregime aspectelor tehnice ale activității și modului în care acestea afectează bunăstarea personalului.	NU este un spațiu dedicat problemelor și plângerilor administrative, cum ar fi creșterile salariale, zilele libere, acțiunile disciplinare sau termenele limită.
Este timp petrecut pentru a discuta dificultățile asociate cu rolul membrilor echipei MHPSS, în special pentru acele cazuri în care partea profesională nu poate fi ușor separată de problemele personale, de exemplu atunci când un membru al personalului își cunoaște clienții în mod privat în afara muncii. Supravegherea tehnică diminuează posibilitatea ca dificultățile și dilemele să afecteze bunăstarea personală a membrului echipei MHPSS.	Acesta NU este în sine un spațiu pentru discutarea unor probleme personale care nu au legătură cu cazurile sau cu activitățile MHPSS.

În plus, supravegherea tehnică poate servi ca un loc de feedback cu privire la modelul de intervenție în sine. Modelul poate fi pus sub semnul întrebării dacă reflectă cu adevărat nevoile întâlnite pe teren sau dacă este cel mai bine adaptat la experiența echipelor.

Aceasta reprezintă o dilemă etică și, în cazul în care apare, trebuie abordată la diferite niveluri și în combinație cu feedback-ul din partea sistemului de monitorizare și evaluare. Responsabilul și supraveghetorul ar trebui să stabilească un mecanism de feedback, care să răspundă la eventualele schimbări și care să poată fundamenta deciziile de management și dezvoltarea viitoare a proiectului.

15.2 CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Managerii de program ar trebui să abordeze următoarele aspecte:

- (a) Responsabilitate: Supravegherea tehnică ar trebui să fie distinctă de supravegherea administrativă. Aceasta înseamnă că, în timpul elaborării unui proiect, ar trebui creat un post pentru un supraveghetor tehnic. În IOM, supervisorul tehnic răspunde responsabilului de proiect, dar este distinct de acesta. În cazul altor agenții, de multe ori din motive bugetare, poate fi vorba de un singur profesionist care să îndeplinească cele două roluri. Sesiunile de supraveghere se vor referi, de asemenea, la aspecte manageriale și probleme administrative.
- (b) Supraveghetori internaționali sau naționali? În funcție de amploarea operațiunii, supraveghetorul poate fi un profesionist internațional specializat, un expert național specializat sau o echipă de experți naționali. În cazul în care dimensiunea proiectului permite angajarea unui expert internațional, ar fi utilă asocierea acestuia cu un expert național, care poate aduce o perspectivă mai adecvată din punct de vedere cultural la supraveghere. Cu toate acestea, aceasta nu poate fi abordarea standard, deoarece în anumite contexte - cum ar fi situațiile de conflict civil și tribal, dinamica conflictuală a comunității, discriminarea sau neîncrederea în cadrul comunității - echipele PMT și MHPSS pot percepe un supraveghetor internațional ca fiind mai neutru și mai demn de încredere. În cazul în care dimensiunea și bugetul operațiunilor sau alte constrângeri logistice nu permit mobilizarea de supraveghetori, se poate recurge la opțiunea **supravegherii la distanță** (de exemplu, prin Skype), în mod ideal împreună cu o întâlnire inițială și una finală față în față.
- (c) Unul sau mai mulți supraveghetori? Supraveghetorul principal poate coordona alți supraveghetori tehnici care au competențe mai specifice în ceea ce privește anumite modele sau practici utilizate în cadrul programului. Astfel cum s-a menționat deja, supraveghetorul va colabora cu responsabilii în elaborarea unui plan de formare pentru echipă, care să rezulte din lacunele și problemele care apărute în timpul supravegherii. În acest sens, acesta va sprijini și coordona experții formatori identificați în elaborarea unui **plan** contextualizat.



Caseta 67

Modalitatea de structurare a unei ședințe de supraveghere tehnică

Planificați și anunțați din timp ședința de supraveghere, invitați participanții în funcție de modelul ales - individual, de grup, între egali - și de formă, personal sau la distanță. În cazul supravegherii individuale, adunați în prealabil, dacă este posibil, toate informațiile despre cazul pe care lucrătorul de asistență psihosocială dorește să le discute. În cazul supravegherii în grup, alegeți sau verificați dacă locația poate fi suficient de spațioasă și lipsită de distrageri. Așezați un număr de scaune în cerc în funcție de numărul participanților. În cazul supravegherii între egali, decideți cine va gestiona desfășurarea ședinței.

Configurație fizică:

În cazul supravegherii individuale: O cameră, două scaune așezate în mod egal. În cazul supravegherii de la distanță, cereți persoanei supravegheate să limiteze orice distragere a atenției și puneți la dispoziție PC-uri, conexiune la internet și un program de tip Skype.

În cazul supravegherii în grup: O sală, scaune, hârtii albe, un clipboard. În cazul supravegherii la distanță, un PC cu ecran lat, conexiune la internet și un program de tip Skype.

În cazul supravegherii între egali: Este la fel ca pentru grupuri.

Timp necesar (aproximativ):

De la un minim de o oră la un maxim de două ore.

O dată pe săptămână sau o dată la două săptămâni, la o oră prestabilită și programată de comun acord.

Desfășurarea ședinței:

Supraveghetorul invită participantul sau unul dintre participanți să comunice informațiile despre un caz de lucru într-o formă narativă. Apoi, invită participanții să comenteze ceea ce au auzit și face comentarii cu privire la rolurile și acțiunile desfășurate, precum și cu privire la eficiența alegerilor făcute și propune alternative, fără a judeca.

Concepte importante care trebuie menținute pe tot parcursul supravegherii tehnice:

- „Să nu faci rău”;
- Nu judecați;
- Responsabilizare;
- Îngrijirea personală.

Exemple de structurare a unei sesiuni de supraveghere:

- Scurtă prezentare a supraveghetorului și a persoanelor supravegheate;
- Scurte discuții sau conversații de complezență pentru a crea atmosfera;
- Legătura cu ședința de supraveghere anterioară, dacă este necesar;
- Invitație de a aduce în discuție o întrebare, o dilemă sau un caz de lucru specific;
- Invitarea participantului/participanților de a face observații;
- Se parafrazează ceea ce s-a spus;
- Evaluarea acțiunilor întreprinse;
- Propunerea de puncte de vedere și acțiuni alternative;
- Invitație de a adresa întrebări și de a răspunde la întrebări, promovând interacțiunea;
- Recapitularea celor mai importante puncte;
- Închiderea sesiunii de supraveghere;
- Planificarea sesiunii următoare.

15.2.1 Modalitățile de supraveghere tehnică

Supravegherea tehnică trebuie să fie flexibilă pentru a răspunde nevoilor echipelor MHPSS, luând în considerare, de asemenea, diferitele etape ale experienței lor de lucru. Aceasta poate fi furnizată în principal în cadrul unor activități individuale sau de grup:

- (a) Supravegherea individuală: Poate fi furnizată după un program periodic sau atunci când apare o nevoie specifică. Acordă atenție deplină lucrătorului MHPSS și asigură mai mult timp pentru a discuta aspecte specifice, în special modul în care un caz concret îl afectează pe lucrător.
- (b) Supravegherea în grup: Aceasta este adesea oferită la o oră programată periodic. Întregul grup supravegheat este prezent, iar supravegherea este adresată tuturor membrilor grupului sau, dimpotrivă, echipelor li se poate acorda supraveghere împărțită pe locații sau pe roluri în cadrul echipei (de exemplu, consilierii singuri, sau educatorii singuri). Aceasta le permite lucrătorilor MHPSS să știe cu ce se confruntă și alte persoane în afară de ei înșiși și, astfel, să aibă încredere că nu sunt singuri. Supravegherea furnizată în cadrul unui grup promovează învățarea și sprijinul între colegi.

Caseta 68

Supravegherea tehnică a echipelor PMT în cadrul IOM Nigeria

În nord-estul Nigeriei, echipele mobile MHPSS ale IOM beneficiază de supraveghere tehnică săptămânală. Din cauza numărului mare de echipe MHPSS, cu 120 de membri mobilizați în trei dintre cele mai afectate state - Borno, Adamawa și Yobe - supravegherea tehnică este asigurată de un specialist MHPSS internațional și doi specialiști MHPSS naționali. Standardizarea și calitatea supravegherii la nivelul supraveghetorilor sunt asigurate de către supraveghetorul internațional, care are rolul de a-i supraveghea pe ceilalți supraveghetori, cu sprijinul responsabilului de program MHPSS, care este specialist cu experiență în domeniul MHPSS. Supravegherea tehnică este, de asemenea, furnizată de personalul specializat sau de rețeaua de experți IOM pe teme sau modele de lucru specifice, la cererea supraveghetorului MHPSS.

Sesiunile de supraveghere au o frecvență săptămânală (în fiecare vineri) și durează între două și trei ore, în funcție de numărul de membri ai echipei implicați în sesiunea respectivă și de relevanța problemelor prezentate sau aduse în discuție de către echipe sau de către supraveghetori. Locația este, de obicei, o sală de ședințe din birourile IOM, unde sunt disponibile flipchart-uri, markere, hârtie și caiete pentru a facilita discuția.

Supraveghetorul începe ședința prin sublinierea principiilor de auto-îngrijire, de confidențialitate și de „a nu face rău” care vor fi respectate în cadrul discuției. Apoi, acesta prezintă și explorează subiectul principal al ședinței, care poate fi un caz, o activitate sau o dinamică apărute în săptămâna precedentă. Subiectul ședinței este ales de către supraveghetor pe baza rapoartelor scrise, primite cu o săptămână înainte de la fiecare echipă. În anumite situații, același subiect poate necesita până la trei ședințe de supraveghere. În acest caz, membrii echipei furnizează o actualizare a modului în care evoluează problema, de asemenea, pe baza modificărilor implementate în urma supravegherii. Membrii personalului sunt rugați să pregătească în prealabil discuția despre cazurile-activități, pentru a maximiza sprijinul de care pot beneficia. Sesiunea are componente plene și de lucru în grup, iar aspectele sensibile pot fi discutate în continuare în grupuri mai mici. Acest forum este important pentru ca toate echipele să interacționeze, să învețe, să propună perspective alternative și să își perfecționeze competențele. O parte a sesiunii este dedicată feedback-ului legat de principalele provocări întâmpinate în teren în săptămâna curentă. Ședința se încheie cu o recapitulare a principalelor puncte discutate și cu câteva actualizări. Lacunele de competențe și nevoile de formare sunt identificate de către supraveghetorii tehnici, discutate o dată la trei sesiuni cu echipele și apoi comunicate responsabilului de program, pentru a sta la baza planurilor de formare.

- (c) Supravegherea între egali: Aceasta constituie o formă de supraveghere în care participanții au același rol și aproximativ aceeași experiență. Grupul nu este condus de un supraveghetor și, prin urmare, acest tip de supraveghere funcționează bine cu „echipe mature” care au lucrat împreună o anumită perioadă de timp. Aceasta nu ar trebui să fie niciodată prima alegere, deoarece supravegherea individuală și cea de grup sunt de preferat pentru primele etape.
- (d) Supravegherea la distanță: Cu toate că supravegherea clinică față în față este metoda preferată de desfășurare, pot fi utilizate și alte metode de supraveghere clinică - inclusiv prin e-mail, video, înregistrare audio sau teleconferință - atunci când este necesar. Utilizarea acestor metode alternative poate fi în special necesară pentru echipele MHPSS care lucrează în zone rurale și îndepărtate. Frecvența sesiunilor de supraveghere la distanță ar trebui să fie aceeași ca în cazul metodei față în față.

Caseta 69

Supraveghere la distanță

În cazul în care supravegherea față în față este imposibilă, din punct de vedere logistic, sau în cazul în care este necesară consultarea unor supraveghetori suplimentari care se află în altă parte, o alternativă viabilă poate fi supravegherea la distanță prin Skype, telefon, Zoom sau alte soluții care utilizează internetul.

15.2.2 Frecvența supravegherii tehnice

Supravegherea tehnică ar trebui să se desfășoare cu următoarea frecvență:

- (a) Supravegherea individuală: La un interval regulat și/sau de fiecare dată când apare o necesitate. Termen: 1–1,5 ore.
- (b) Supravegherea în grup: În fiecare săptămână la început și din două în două săptămâni după etapa inițială. Termen: 1,5–2 ore.

- (c) Supravegherea între egali: Este la latitudinea grupului să aleagă frecvența a ceea ce se poate numi, de asemenea, întâlniri de „inter-viziune”. Se recomandă cel puțin o dată la două săptămâni. Termen: 1,5–2 ore.

15.2.3 Competențele supraveghetorilor tehnici

Formarea unui supraveghetor tehnic eficient și pe deplin competent este un proces de evoluție. Competențele supraveghetorilor trebuie să includă:

- Aptitudini:
 - Cunoașterea dovedită a intervenției realizate;
 - Comunicare;
 - Rezolvarea conflictelor;
 - Organizarea/moderarea grupurilor;
 - Tehnici de supraveghere;
 - Consolidarea echipei;
 - Dezvoltarea relației de supraveghere;
 - Capacitatea de reacție la nevoile în schimbare ale persoanelor supravegheate;
 - Compasiune și susținere.
- Cunoștințe:
 - Dinamica grupurilor;
 - Aspecte de reglementare etică;
 - Instrumente și procese de evaluare;
 - Metode de supraveghere;
 - Rezolvarea și moderarea conflictelor;
 - Competențe de auto-îngrijire.
- Atitudini:
 - Abordarea „Să nu faci rău”;
 - Să nu judeci;
 - Responsabilizare și bazare pe punctele tari;
 - Răbdător și empatic;
 - Deschis să primească feedback;
 - Deschis la **perfecționarea competențelor**.

Mai precis, un supraveghetor tehnic în domeniul MHPSS ar trebui să știe cum să valorifice diversitatea, pentru a putea realiza un mediu favorabil incluziunii, să gestioneze conflictele pentru a menține oamenii în dialog, ca modalitate de formare a încrederii și a unității, și să găsească un



echilibru între respectarea normelor metodologice și nevoile emergente.

15.2.4 Abordări în materie de supraveghere

În contextul proiectelor comunitare, două abordări eficiente de supraveghere sunt:

- (a) Supravegherea sistemică se bazează pe abordarea sistemică a supravegherii, care provine din modelele de supraveghere din asistența socială furnizată în contexte non-umanitare. Aceasta identifică diferite dimensiuni ale supravegherii:
- Supraveghetorul;
 - Persoanele supravegheate;
 - Organizația;
 - Populația afectată;
 - Funcțiile supraveghetorului;
 - Sarcinile de învățare ale persoanelor supravegheate.

Acest model încurajează supraveghetorii să recunoască și să le arate persoanelor supravegheate importanța factorilor culturali și să atragă atenția asupra modului în care aceștia interacționează cu alți factori contextuali. Principalele sarcini ale supraveghetorului sunt:

- Consiliere tehnică;
- Conceptualizarea cazului;
- Sprijin pentru găsirea unei soluții;
- Instruirea și consilierea;
- Consultarea și explorarea.

În timpul ședinței de supraveghere, există spațiu pentru împărtășirea convingerilor, sentimentelor și gândurilor persoanelor supravegheate, precum și pentru căutarea de soluții practice la probleme concrete. Pentru o perspectivă teoretică asupra abordării sistemică a supravegherii, a se vedea lucrarea **Clinical Supervision Essentials (Elemente esențiale ale supravegherii clinice)**.

- (b) Metodologiile consensuale se bazează pe conștientizarea faptului că, prin sprijinirea procesului de reflecție al profesioniștilor, se obțin cunoștințe valoroase. Aceasta se bazează pe învățarea experiențială și reflexivă, ca sursă importantă pentru dezvoltarea expertizei profesionale. Această formă de supraveghere este benefică pentru grupurile mai mature și nu reprezintă prima opțiune. **A se vedea** un studiu de caz privind cele mai bune practici în materie de îngrijire și protecție a copiilor în situații de criză.



15.2.5 Cum sunt instruiți și supravegheați supraveghetorii

Supravegherea supraveghetorilor îi ajută pe supraveghetorii tehnici să își îndeplinească nevoile de învățare, de responsabilitate și de sprijin. Aceasta ar trebui asigurată de una sau mai multe persoane, care dețin un nivel ridicat de competență demonstrată în legătură cu conținutul programului, precum și în furnizarea de supraveghere practică. În IOM, supraveghetorii tehnici răspund, din punct de vedere administrativ, în fața responsabililor de proiect care se ocupă proiectul MHPSS relevant, care răspund, din punct de vedere tehnic, în fața compartimentului global MHPSS, care va asigura supravegherea în mod direct și prin trimiterea la rețeaua sa de experți internaționali.

Coordonatorii echipelor PMT pot fi instruiți de către supraveghetorii tehnici pentru a supraveghea mai îndeaproape echipele de pe teren, în special în zonele în care accesul este limitat. Printre sarcinile supraveghetorului tehnic se numără identificarea nevoilor de formare a coordonatorilor de echipă și organizarea de **cursuri de formare** pentru aceștia.



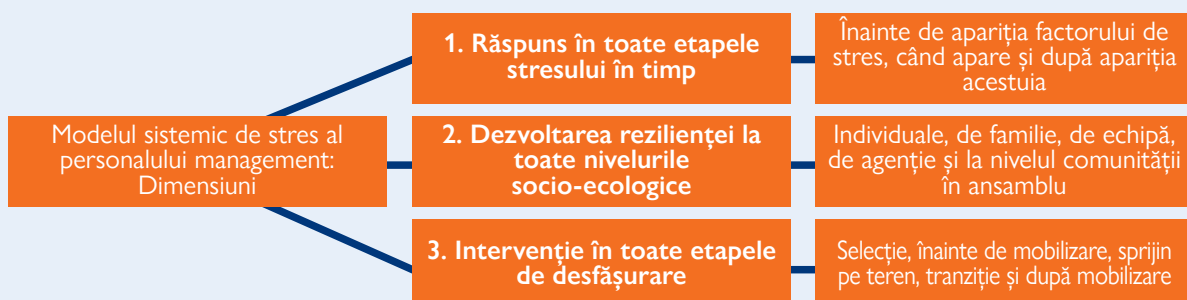
Caseta 70

Model sistemic de gestionare a stresului personalului

Activitatea umanitară prezintă o varietate de factori de stres. Există factori de stres inerenți, care reflectă conținutul muncii, cum ar fi expunerea la locuri macabre, pericolele din teren și neputința de a nu putea oferi nivelul de ajutor necesar. Factorii de stres care nu sunt inerenți apar la nivelul echipei și al conducerii, inclusiv: lipsa competențelor sau a instruirii necesare pentru îndeplinirea sarcinilor, definirea necorespunzătoare a rolului/așteptări neclare, politici de agenție inutile de birocratice, precum și conflicte și neîncredere în rândul echipei.

În special, personalul național lucrează de obicei la intersecția acestor factori de stres pe mai multe niveluri, care adeseori sunt neglijați de strategiile organizaționale. Astfel, pentru a răspunde la aceste niveluri diferite de factori de stres, este necesar un model netradițional de gestionare a stresului, care să depășească nivelul de auto-îngrijire individuală. Modelul sistemic de gestionare a stresului personalului este atât sistematic, cât și multisistemic, concentrându-se pe dezvoltarea rezilienței pe trei dimensiuni. Prima dimensiune dezvoltă un răspuns care acoperă toate etapele stresului în timp: înainte de apariția stresului, în momentul în care acesta apare și după ce stresul a luat sfârșit. Acest răspuns poate avea drept scop prevenirea sau reducerea intensității factorilor de stres prin diminuarea volumului de muncă, reducerea vulnerabilității prin instruirea lucrătorilor sau creșterea coeziunii echipei și îmbunătățirea mecanismelor de adaptare. În al doilea rând, modelul urmărește să dezvolte reziliența la toate nivelurile socio-ecologice - individ, familie, echipă, agenție și comunitatea în general - sub formă de politică sistemică, nu doar ca o serie de acțiuni. Cea de-a treia dimensiune a reducerii stresului și a riscurilor se aplică persoanelor care lucrează la intervenții în fiecare etapă de desfășurare, inclusiv selecția atentă a personalului, formarea înainte de desfășurare, sprijinul pe teren, sprijinul de tranziție, supravegherea tehnică și sprijinul de monitorizare după mobilizare. Supravegherea tehnică face parte dintr-un model sistemic de îngrijire a personalului, dar reprezintă numai o parte a acestuia (Saul și Simon, 2016; Fundația Antares, 2005).

Figura 14: Modelul sistemic de gestionare a stresului personalului: Dimensiuni



II FORMARE



CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Temele programelor de formare specifice legate de fiecare dintre activitățile prezentate în acest manual sunt discutate în capitolele respective. Acest capitol va descrie, în schimb, procesul de elaborare a cursurilor de formare în cadrul unui program CB MHPSS în cadrul IOM. Formarea este o componentă necesară a unui program de CB MHPSS în orice situație de urgență. Acest lucru este valabil pe termen scurt, deoarece persoanele aflate în situații de urgență sunt, de obicei, nevoite să răspundă la situații care sunt noi pentru ele și care le pun la încercare capacitățile existente. În plus, în domeniul specific al MHPSS, situația de urgență poate cataliza nevoile și, prin urmare, poate necesita capacități care nu erau prezente deloc înainte de apariția crizei. Pentru a putea răspunde adecvat din punct de vedere calitativ, asistenței, inclusiv cei cu atribuții MHPSS, necesită de multe ori instruire și asistență tehnică.

Instruirea și dezvoltarea capacităților oferite în timpul fazei de urgență sunt o necesitate programatică pe termen scurt, dar asigură legătura dintre răspunsul umanitar de urgență, gradul de pregătire și dezvoltarea pe termen lung, deoarece dezvoltă abilități care pot fi reactivate pe termen mediu și contribuie la reziliența generală a unei comunități, inclusiv la consolidarea sistemului de sănătate mintală pe termen lung.

Într-adevăr, formarea se concentrează pe sprijinirea capacității de acțiune a persoanelor afectate. Succesul unei intervenții CB MHPSS internaționale într-o situație de urgență este condiționat de calitatea și de domeniul de aplicare a cunoștințelor tehnice și a sprijinului pe care programul relevant le poate oferi respondenților locali formali și informal, atât celor angajați sau implicați în programul MHPSS al organizației, cât și celor din comunitatea de practică mai extinsă.

Formarea poate juca, într-adevăr, un dublu rol în programele CB MHPSS. Pe de o parte, se adresează persoanelor care lucrează în cadrul programului, făcând parte din procesul de implementare organizațională; pe de altă parte, formarea adresată actorilor externi poate constitui o activitate programatică sau un produs specific al programului.

Cursurile de formare în legătură cu procesele, care face parte din procesul de implementare a unui program CB MHPSS, includ:

- Formare pentru personalul programului;
- Formare pentru alte unități ale organizației, a căror activitate este legată de cea de CB MHPSS;
- Formare pentru personalul de implementare și pentru parteneri în legătură cu modul în care să desfășoare (mai bine) activitățile care urmează să fie realizate în cadrul programului;
- Formare pentru sectorul în care este pus în aplicare programul;
- Formare pentru supraveghetorii tehnici;
- Formare pentru responsabilii de programe MHPSS.

Formarea furnizată sub formă de activitate sau componentă livrabilă a programului include, de exemplu:

- Organizarea de programe de masterat, licență, certificat în discipline și capacități legate de MHPSS pentru o comunitate mai largă de practicieni dintr-o țară;
- Organizarea de cursuri de formare într-o anumită metodă de consiliere, într-o intervenție psihologică sau într-o tehnică MHPSS bazată pe artă, pentru a îmbunătăți capacitatea generală a unei comunități de a răspunde la o situație;
- **Cursuri de formare MhGAP** pentru personalul medical din anumite zone;
- **Cursuri de formare PFA** pentru asociațiile profesionale sau sectoarele umanitare care nu sunt implicate direct în activitățile programului în calitate de agenți;



- Cursuri de formare transculturală pentru psihiatrii din zonele de migrație intensă sau de strămutare.

Această diferențiere nu este neapărat rigidă.

Cursurile de formare interne, adresate personalului programului, pot fi accesibile personalului instituțiilor guvernamentale, organizațiilor partener, actorilor societății civile și activiștilor, ori de câte ori acest lucru este adecvat, având un impact mai mare. De asemenea, cursurile de formare organizate ca activitate a programului pot implica un număr definit de personal intern al programului MHPSS pe lângă participanții externi, sporind astfel capacitatea de intervenție a programului.

Cursurile de formare în legătură cu procesele tind să se concentreze pe necesitățile de dezvoltare a capacităților unui program, așa cum a fost conceput, în timp ce cursurile de formare sub formă de activități ale programului sunt concepute pentru a atinge un obiectiv mai amplu de dezvoltare a capacităților, cu scopul de a acoperi lacunele de capacitate importante din sistemele de răspuns MHPSS la nivel național, identificate prin evaluări și cartografieri ale nevoilor.

Este important faptul că o abordare comunitară a formării în domeniul MHPSS nu urmărește să impună practici ierarhice sau instrumente gata pregătite, ci să creeze noi modele de intervenție în colaborare între organizație, formatori experți și cursanți-practicieni, care trebuie să fie participative și adaptate la situația specifică. Din acest model de lucru de bază decurg asumarea locală, la nivelul comunității și o abordare durabilă.

Sfera a ceea ce este de obicei inclus în definiția vastă a formării merge de la orientare, care durează câteva ore, cu scopul transmiterii de informații procedurale, profesionale sau academice esențiale, până la programe de masterat executiv, care angrenează participanții timp de mai multe luni într-un anumit domeniu, dezvoltându-le competențele, înțelegerea și capacitatea de a acționa într-un domeniu tehnic specific al MHPSS.

În acest manual, este imposibil să prezentăm toate modalitățile de formare care pot fi utilizate

în cadrul unui program MHPSS. Acestea sunt determinate în mare măsură de o combinație de diverși factori, inclusiv durata, domeniul de aplicare, resursele disponibile, competențele existente de la care pornește formarea și altele. În general, este important ca, în elaborarea programelor MHPSS, să se aibă în vedere relația dintre obiectivele, metodologia și durata formării.

De exemplu, dacă se acționează într-o localitate în care nimeni nu a fost vreodată instruit în disciplinele legate de MHPSS și nu există competențe de bază, iar resursele programului permit organizarea unei singure zile de instruire, atunci aceasta poate fi o instruire privind PFA, dar nu și privind competențele de consiliere. Cu toate acestea, în cazul în care programul are ca scop furnizarea de servicii de consiliere în aceeași situație, atunci ar trebui inclusă o formare adecvată, pe termen mai lung, în proiectarea programului.

Mai mult decât atât, cursurile de formare având drept scop transmiterea de competențe care să fie reproduse sau utilizate direct pe teren trebuie să fie organizate întotdeauna în 3 etape:

- (a) Transmiterea de informații-cunoștințe-procedură;
- (b) Testarea competențelor dobândite într-un spațiu protejat, care se poate realiza prin simulări, jocuri de rol, interviuri sau altele;
- (c) Testarea competențelor dobândite în lumea reală, sub supraveghere.

Acest lucru este valabil pentru toate formările de acest tip, indiferent cât de scurte/lungi și cât de specifice/generale sunt acestea.

Pentru IOM, cursurile de formare, atât pentru personalul intern al MHPSS, cât și pentru cursanții și experții externi, respectă acest principiu, în timp ce punctul (b) este rezolvat prin metodologia de predare, iar punctul (c) prin supravegherea tehnică a personalului intern, precum și prin mentorat și muncă de teren supravegheată, în cazul cursurilor de formare organizate pentru o comunitate de practică mai largă.

Datorită particularităților unei situații de urgență, instruirea pe teren poate fi cea mai eficientă

modalitate de dezvoltare a capacităților, fără a încetini răspunsul. Este vorba de o formare care se desfășoară în timpul programului de lucru, iar formatorii se alătură echipelor în timpul activităților pe teren. Cu toate acestea, chiar și instruirea pe teren ar trebui să conțină cele trei etape, pentru a fi eficientă și sigură.

Din punct de vedere al formării în legătură cu procesele, cum ar fi formarea personalului și rolurilor în cadrul unui program CB MHPSS, amploarea formării va fi invers proporțională cu competențele de bază existente în contextul de urgență dat.

Astfel cum s-a menționat, în anumite situații, programul va trebui să pună bazele anumitor competențe la nivelul personalului propriu, în timp ce, în altele, este posibil ca personalul să dețină deja anumite competențe, iar formarea va fi dedicată în principal armonizării practicilor, competențelor suplimentare și nevoilor emergente identificate prin intermediul **supravegherii** tehnice.

Următorul capitol va cuprinde indicații practice privind modul în care se poate organiza atât instruirea în legătură cu procesele, cât și instruirea în legătură cu activitățile în cadrul unui program CB MHPSS.

- Identificarea capacităților de formare care lipsesc în țară;
- Planificarea proiectului trebuie să prevadă un buget corespunzător pentru formare;
- Identificarea formatorilor și a supraveghetorilor.

15.4.2 Formarea cu privire la procese

15.4.2.1 Formarea personalului programului

Pornind de la competențele de bază existente ale membrilor personalului și ale echipelor PMT, va fi prevăzut un plan de formare pentru personal. În plus față de supravegherea tehnică săptămânală, personalul va fi instruit lunar, mai întâi pe baza unui curriculum de bază stabilit la început, iar apoi pentru a răspunde nevoilor emergente identificate pe parcursul ședințelor de supraveghere tehnică. Cursurile de formare lunare vor fi organizate fie la locul de desfășurare a activității, fie sub forma unui atelier și vor fi susținute de formatori naționali sau internaționali, în coordonare cu responsabilul de program și cu supraveghetorul tehnic. Se vor organiza cursuri de formare pentru întregul personal, sau cu o abordare diferențiată, în care membrii echipelor pot fi grupați și instruiți pe categorii (toți consilierii, toți mobilizatorii comunitari etc.). Informații suplimentare despre formarea esențială pot fi găsite în capitolul despre **Echipe mobile de asistență psihosocială**. Mai multe informații despre cursuri de formare suplimentare privind activități specifice pot fi găsite în capitolele respective.

➔ 15.4. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

15.4.1 Cartografiere și parteneriat

Evaluarea și cartografierea ar trebui să includă o evaluare a capacităților și lacunelor existente, inclusiv a necesităților de formare și a resurselor de formare existente în țară în diversele aspecte ale unui **program** MHPSS. Analiza rezultată va contribui la stabilirea:

- Capacitățile preconizate ale membrilor echipei PMT și nevoile de formare ale acestora;
- Capacitățile de formare existente în țară, cartografiate în raport cu nevoile;

15.4.2.2 Formare pentru alte unități ale organizației

Aceasta este specifică fiecărei organizații. În IOM, programele MHPSS își propun să formeze:

- Colegii care lucrează în DTM în PFA;
- Colegii care lucrează în domeniile **Mijloace de subzistență, Protecție și Transformarea conflictelor** în teme identificate în capitolele relevante;



- Colegii care lucrează în domeniul Sănătății în disciplinele identificate în capitolul despre **Asistență în comunitate pentru persoanele cu tulburări psihice grave**;
- Pentru colegii care lucrează în CCCM, a se vedea paragraful **15.4.2.4**.

Responsabilii programelor MHPSS vor ține legătura cu omologii lor din alte unități, pentru organizarea acestor cursuri de formare, inclusiv pentru mobilizarea resurselor.

Cursurile de formare pot fi susținute de membri ai echipelor MHPSS. Pentru îndrumări suplimentare privind conținutul, contactați contactpss@iom.int.

15.4.2.3 Formare pentru personalul de implementare și partenerii de implementare



Astfel cum am descris deja în capitolul despre **Echipele PMT**, ori de câte ori există instituții, societate civilă sau grupuri profesionale care pot îndeplini funcțiile inerente activității echipelor PMT, acestea ar trebui să desfășoare activitățile, iar IOM sau alte agenții ar trebui să susțină activitatea acestora. Sprijinul include supraveghere tehnică și formare, în funcție de lacunele de capacitate identificate prin participare în timpul cartografierii și de nevoile de formare identificate în urma activității și a supravegherii tehnice. Procesul va fi același cu cel utilizat pentru formarea echipelor PMT, iar logistica și prioritățile vor fi coordonate cu liderii acestor grupuri.

15.4.2.4 Formare pentru sectorul în cadrul căruia este implementat programul

În mai multe situații de urgență, IOM coordonează grupul tematic CCCM. În mod firesc, un program MHPSS realizat de IOM va sprijini actorii grupului tematic CCCM și sectorul în numeroase moduri, inclusiv prin recomandări, schimb de informații, legătura dintre grupul tematic CCCM și grupul de lucru MHPSS, precum și prin formare. În special, echipele MHPSS ale IOM vor instrui actorii CCCM și responsabilii de tabere în:

- PFA. Un pachet special de formare PFA a fost elaborat pentru actorii CCCM și poate fi obținut de la contactpss@iom.int;
- Ascultarea activă, comunicarea care oferă sprijin, comunicarea non-violentă și medierea. Un modul de formare relevant este inclus în formarea de bază CCCM și poate fi obținut în scris la adresa contactpss@iom.int sau globalcccm@iom.int;
- Cunoștințe esențiale în domeniul MHPSS pentru actorii CCCM, pe baza broșurii din [link](#).



IOM sau alte agenții pot acționa în alte sectoare. Pachete și resurse de formare pot fi găsite, organizate pe sectoare în MHPSS RG entitatea asociată IASC, și pe mhpss.net, platforma online pentru practicienii MHPSS, la care vă puteți abona gratuit printr-un click [aici](#).



15.4.2.5 Formare pentru supraveghetorii tehnici și responsabilii programelor MHPSS

Supraveghetorii tehnici și responsabilii programelor MHPSS trebuie, de asemenea, să fie instruiți, la început și pe parcursul implementării. Cât privește cursurile de formare inițială, IOM, în colaborare cu Scuola Sant'Anna di Studi Accademici e Perfezionamento din Pisa, Italia, a organizat în ultimii nouă ani o Școală de vară anuală pe tema intervențiilor psihosociale în situații de migrație, de urgență și de strămutare. Școala de vară include 100 de ore de predare pe parcursul a 12 zile, un examen final și acordă 5 credite academice. Aceasta este destinată în primul rând responsabililor de program și supraveghetorilor tehnici în domeniul MHPSS din cadrul IOM, dar oferă 20 de locuri și pentru responsabilii și supraveghetorii din alte organizații. Subiectele formării corespund celor din acest manual, cu o abordare mai critică, mai orientată spre cercetare și mai academică, deși au totuși un caracter destul de practic. Au absolvit această Școală 210 cursanți din 45 de organizații diferite.

Institutul de Formare Psihosocială din Cairo organizează cursuri de formare orientate mai mult spre strămutarea urbană și activitatea

ONG-urilor, care pot fi, de asemenea, folosite de organizații pentru o pregătire solidă a echipelor proprii.

Alte cursuri disponibile pot fi găsite în secțiunea dedicată a site-ului mhps.net.

15.4.3 Cursuri de formare ca elemente livrabile ale programelor



Evaluarea inițială și **cartografierea** ar trebui analizate pentru identificarea lacunelor de capacitate în sistemele MHPSS la nivel național sau subnațional, iar cursurile de formare pot fi considerate acțiuni programatice cu scopul de a acoperi aceste lacune și de a putea oferi un răspuns mai calitativ. În plus, o abordare la nivelul comunității presupune mobilizarea grupurilor de activități socioculturale formale și informale existente, a grupurilor artistice, de interese și sportive, precum și a artiștilor individuali, a sportivilor, a liderilor și activiștilor religioși și tradiționali, cu scopul de a răspunde la probleme specifice domeniului MHPSS sau de a promova coeziunea socială, cu obiective psihosociale explicite.

În acest caz, programul ar trebui să susțină cursuri de formare pentru resursele identificate, care ar putea să ajute aceste persoane să își reorienteze activitățile în condiții de siguranță și calitate.

În acest al doilea caz, abordarea va fi una de jos în sus. Vor fi identificate resursele artistice, socio-culturale și de altă natură. În cazul în care se adună un număr critic de profesioniști, activiști sau artiști implicați, pot fi organizate cursuri de formare specifice pentru aceștia:



- Organizarea/moderarea de grupuri de sprijin sau de **grupuri de sprijin** între egali.
- Competențe psihosociale mai concrete, legate de propriile roluri și competențe, cum ar fi:
- Cursuri de teatru social pentru artiștii interpreți;
- Elemente de terapie prin artă pentru artiștii vizuali;

- Cursuri de pregătire în domeniul abilităților de coaching, atât tehnice, cât și psihosociale, pentru animatorii grupurilor sportive;
- Și așa mai departe.

Cursurile de formare vor fi organizate:

- Pentru persoanele care sunt interesate și care au dovedit că au un interes sincer în a-i ajuta pe ceilalți și în a-și schimba centrul de interes al propriei activități;
- În momentul în care este identificat un număr critic de persoane. Acest lucru va contribui nu numai la eficiența costurilor, ci și la punerea accentului pe activitățile care ar putea fi mai populare sau mai semnificative din punct de vedere cultural într-un anumit context;
- Când sunt disponibili formatori și supraveghetori.

Acestea vor respecta organizarea obișnuită în trei etape și vor include și supravegherea.

Pentru informații suplimentare, a se vedea capitolele despre **Activități socio-culturale, Activități de creație și bazate pe artă, Sporturi și jocuri**.



15.4.3.1 Competențe de consiliere și formare în domeniul intervențiilor psihologice

Evaluarea și cartografierea pot evidenția lipsa unei oferte calificate de consiliere sau de terapie psihologică sau de intervenții psihologice. Pentru a veni în întâmpinarea unei astfel de necesități, pot exista două opțiuni, fiecare dintre acestea prezentând un compromis.

○ O posibilitate constă în instruirea participanților în intervenții psihologice scurte, de tipul **PM+**, astfel încât un număr considerabil de respondenți să poată fi trimis și mobilizat într-un timp relativ scurt, pentru furnizarea unui serviciu bazat pe dovezi.

Cealaltă este de a atrage un număr de persoane cu o atitudine și o etică adecvate, pentru dezvoltarea capacităților pe termen mediu în materie



de consiliere și asistență psihologică. Acest lucru va permite profesioniștilor să fie mai versatili și mai exhaustivi în furnizarea de servicii de îngrijire, însă formarea acestora va fi finalizată într-o perioadă mult mai lungă de timp.

IOM preferă să investească în cursuri de bază care să creeze un set mai larg de competențe, mai degrabă decât să se concentreze pe cursuri de formare relativ mai scurte, axate doar pe intervenții sumare sau pe un model precis, în situațiile în care nu există cursuri de bază. Consilierii în curs de formare vor putea în continuare să furnizeze servicii în mod treptat, datorită formării pe teren și supravegherii tehnice, dezvoltând în același timp o bază de competențe mai solidă și mai flexibilă, care va fi probabil mai durabilă pe termen lung. Pentru mai multe informații, a se vedea paragrafele privind cursurile de formare și adaptare din capitolul despre **Consiliere**.

pe cursanți să înțeleagă și să gestioneze interacțiunile complexe dintre sistemele geopolitice, istorice, inter- și intra-personale, umanitare, comunitare și culturale/subculturale. Cursurile funcționează drept spațiu de dialog între experții internaționali identificați de Compartimentul de Sănătate Mintală, Intervenții Psihosociale și Comunicare Interculturală al IOM, experții academici naționali invitați de universitățile naționale și practicienii de pe teren. Aceștia răspund unei nevoi urgente de capacitate identificate, valorifică gradul de pregătire și dezvoltare și permit participanților să furnizeze în continuare servicii pe teren și să fie supravegheați în activitatea desfășurată pe teren.



15.5. STUDII DE CAZ

15.4.3.2 Cursuri profesionale academice

O caracteristică principală a programelor CB MHPSS organizate de IOM a constat în organizarea de cursuri de masterat executiv, licență sau certificat pe tema abordării psihosociale a mobilității populației în țările și comunitățile cu resurse reduse sau afectate de crize. Aceste cursuri au avut loc din Balcani până în Orientul Mijlociu și în America de Sud, fiind adaptate la nevoile specifice identificate în timpul evaluării și cartografierii, precum și la condițiile culturale, sociale și politice ale contextului. Acestea sunt concepute în colaborare cu universități naționale, cu respectarea cerințelor de acreditare. Sunt organizate o dată la două weekenduri, fiind destinate profesioniștilor care furnizează deja servicii esențiale pe teren pentru guverne, agenții și grupuri ale societății civile. Cursurile sunt gratuite, iar cursanții sunt selectați în urma unui proces competitiv care evaluează, printre altele, impactul pe care candidații îl pot avea asupra modelării furnizării de MHPSS. Din punct de vedere pedagogic, acestea sunt organizate sub formă de cursuri, ateliere participative și interactive, simulări și muncă de teren supravegheată. Cursurile, indiferent de temele principale MHPSS, promovează întotdeauna o abordare sistemică care îi va ajuta

15.5.1 Studiu de caz pentru formare în legătură cu procesele: **Experiențele Institutului de Formare Psihosocială din Cairo (PSTIC) în medii urbane.**

Modelele de intervenție MHPSS sunt mai eficiente atunci când sunt concepute din punct de vedere cultural și contextual, ca răspuns la nevoile și problemele unei populații. PSTIC își desfășoară activitatea în principal în Cairo, în Egipt. Egiptul găzduiește 240.000 de refugiați și solicitanți de azil din 58 de țări. Cei mai mulți locuiesc în capitala Cairo, amestecați în cartiere urbane, împreună cu 22 de milioane de egipteni. Majoritatea refugiaților trebuie să se întrețină singuri. Calitatea vieții obișnuită la cei mai săraci egipteni este amplificată în cazul refugiaților. Cartierele și unitățile publice de sănătate și educație sunt sărăcite și supraaglomerate. Costul vieții este mai mare decât salariul zilnic. Refugiații visează la relocare, însă sunt foarte puțini cei care pleacă. Cei mai mulți trăiesc ani de zile în sărăcie, fără a se simți în siguranță și cu puține oportunități pentru viitor. PSTIC a elaborat un model urban în care o rețea de refugiați bine pregătiți furnizează asistență MHPSS la domiciliu și în comunitate 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână.

Echipa PSTIC reprezintă o rețea poliglotă, multiculturală și multidisciplinară de lucrători din mai multe țări, 90% dintre aceștia fiind refugiați. PSTIC se adresează persoanelor cele mai vulnerabile, în special celor care nu apelează la servicii de îngrijire în centre medicale. Nimănui nu îi sunt refuzate serviciile și se depun toate eforturile pentru a acorda asistență - trimiterea către alte organizații - sau, atunci când nu există nimic disponibil, doar pentru a-i încuraja pe cei aflați în nevoie. Serviciile de sprijin sunt oferite la toate nivelurile Orientărilor în domeniul MHPSS în situații de urgență piramida intervenției ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC). Printre acestea se numără o linie telefonică de asistență disponibilă 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, la care răspunde o echipă pregătită să ofere informații și să răspundă la orice situație de urgență; o echipă poliglotă mobilă, care transmite zilnic informații în locații din comunitate; sprijin pentru asigurarea unei locuințe sigure și securizate; reprezentare la solicitarea de asistență medicală, în special în situații de urgență; și reprezentare pentru persoanele aflate în detenție.

În plus, asistenții psihosociali pentru refugiați (PSW), cu pregătire de specialitate, lucrează alături de comunitățile lor pentru a asigura gestionarea cazurilor, sprijin și consiliere psihosocială individuală, familială și de grup, rezolvarea problemelor și mediere, însoțire și trimitere către alte servicii. În cele din urmă, medici psihiatri egipteni lucrează alături de echipa de refugiați timp de 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, pentru a asigura asistența combinată psihiatrică și psihosocială, necesară îngrijirii problemelor de sănătate mintală acute și cronice.

Puțini PSW s-au alăturat PSTIC cu o pregătire prealabilă în domeniul MHPSS. PSW sunt selectați cu atenție din comunitățile lor, în funcție de trăsăturile de personalitate și angajamentul anterior în a-i ajuta pe ceilalți. Înainte de începerea activității, aceștia urmează un curs de formare zilnică de 5 săptămâni, al cărui conținut începe cu etica și include cunoștințe psihologice, sociale și de sănătate esențiale, dezvoltarea practică a competențelor de ajutorare și a abilităților de lucru, cum ar fi gestionarea timpului. După aceea, formarea și

perfecționarea competențelor continuă săptămânal. PSW beneficiază, de asemenea, de supraveghere individuală și de grup. Fiecare lucrător face parte dintr-o mică echipă multinațională coordonată de un asistent refugiat cu experiență și de un psihiatru. Echipa se întâlnește săptămânal pentru a analiza cazuri și probleme dificile, într-un mediu de învățare deschis și sigur. Sunt necesare câteva elemente esențiale: Angajamentul față de îngrijire a lucrătorilor refugiați include asigurarea că aceștia sunt plătiți; un mediu de lucru care permite schimbul deschis de informații despre dubla și complicata loialitate a asistenților comunitari față de comunitățile proprii și față de organizație; și activități permanente, care să încurajeze consolidarea echipei și îngrijirea de sine.

Pentru mai multe informații, găsiți un slideshow al webinarului **aici**.



15.4.2 Studiu de caz privind formarea ca activitate de program. Masteratul executiv pe tema Asistență psihosocială și dialog în Liban.

În anul 2013, organizația a elaborat un program pentru a răspunde nevoilor psihosociale ale sirienilor care locuiesc în Republica Arabă Siriană și a decis să își concentreze intervenția pe dezvoltarea capacităților practicienilor psihosociali locali care intervin în situația de criză. Printre diferitele inițiative concepute de IOM, a fost înființat un program de masterat executiv de un an cu tema „Asistență psihosocială și dialog” pentru sirieni la Universitatea libaneză, după mai multe consultări cu colegii libanezi și grupuri de practicieni sirieni. Programul a fost înființat pentru două generații de studenți. În anul 2017, un curs similar, dar mai scurt, a fost organizat în Turcia, la Universitatea de Științe Sociale din Ankara (ASBU), pentru profesioniștii sirieni și turci care lucrează cu refugiații sirieni în această țară.

Pentru contextul și structura cursului, citiți introducerea la această **publicație**.



Pentru o descriere a modulelor și pentru o idee despre istoricul și afilierea profesională ale participanților, vizionați acest **video**.





Pentru descrierea principalelor teme de lucru pe teren ale celor două ediții ale programului în Liban, citiți **aici**.



Pentru a citi cele mai bune 4 lucrări de teren ale studenților care au participat la cursul din Ankara, citiți secțiunea dedicată a numărului revistei Intervention la acest **link**.



15.6. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

În cazul supravegherii tehnice, dacă rolurile supraveghetorului și ale responsabilului se suprapun, conflictele de putere și responsabilitate pot împiedica desfășurarea unui proces de supraveghere complet liber. Pentru simplificare, poate fi utilă stabilirea unui set clar de limite încă de la începutul procesului de supraveghere și adaptarea conținutului sesiunilor de supraveghere la posibilele deficiențe aferente. Cu toate acestea, ca o bună practică, cele două poziții ar trebui să fie distincte.

Rolurile diferite ale responsabilului și ale supervisorului tehnic, precum și limitele respective ale acestora, trebuie să fie clar definite și comunicate, pentru evitarea confuziei și suprapunerii.

Atât în ceea ce privește supravegherea tehnică, cât și formarea, este posibil ca programele să nu fie finanțate sau să fie finanțate insuficient, din cauza reglementărilor donatorilor. Într-adevăr, acestea nu sunt considerate activități de intervenție în situații de urgență, care salvează vieți și, prin urmare, pot fi excluse de la finanțare, indiferent de dimensiunea programului. Astfel, se ajunge la situația în care o agenție este chemată să intervină pe scară largă, dar nu va fi niciodată în măsură să asigure calitatea și standardele de intervenție minime. Această problemă poate fi rezolvată prin lărgirea bazinului de donatori și prin sublinierea legăturii dintre urgență și dezvoltare, reducând în același timp costurile de formare și de supraveghere a formatorilor naționali și regionali.

O altă provocare în procesul de formare este reprezentată de durata scurtă a programelor de urgență și, adesea, de imposibilitatea responsabilului de proiect de a anticipa primirea fondurilor. Ceea ce poate duce la o fragmentare, care, dacă nu este probabil prevăzută în planificare, poate da naștere la frustrări. Prin urmare, se recomandă planificarea cursurilor de formare în funcție de durata maximă a acestora în raport cu durata de existență a programului și adaptarea în consecință a obiectivelor de formare.



LECTURI SUPLIMENTARE

Bragin, M.



2012 So that our dreams will not escape us: Learning to think together in time of war.

Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals, 32(2):115–135.

Haans, T., J. Lansen și H. Brummelhuis



2007 Clinical Supervision and Culture: A Challenge in the Treatment of Persons Traumatized by Persecution and Violence. În: *Voices of Trauma* (B. Droždek și J.P. Wilson, redactori). Springer, Boston.

Școala de Igienă și Medicină Tropicală din Londra și Sangath (LSHTM)



2013 *The Premium Counselling Relationship Manual*. LSHTM, Londra.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**.

16. MONITORIZARE ȘI EVALUARE



➔ 16.1. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Monitorizarea și evaluarea, conceptualizate în prezent sub denumirea de monitorizare, evaluare, responsabilitate și învățare (MEAL) (Proiectul Sphere, 2015), fac parte integrantă din orice program MHPSS la nivelul comunității în situații de urgență. Un proces MEAL la nivelul comunității și participativ reunește responsabilii de program, personalul, liderii comunității și participanții și clienții programului, pentru a asigura funcționarea eficientă a programului. Aceasta consolidează capacitatea responsabililor de programe MHPSS de a reflecta în mod atent asupra activității lor, de a se asigura că aceasta este finalizată așa cum a fost planificată și de a avea o imagine clară dacă și în ce fel a răspuns așteptărilor de îmbunătățire a MHPSS în comunitățile afectate. Acest proces ar trebui să permită modificarea activităților și a programelor și să sprijine învățarea la nivelul comunității în legătură cu intervențiile eficiente pentru MHPSS, atât în timpul urgenței, cât și după aceasta. Un astfel de proces oferă oportunități suplimentare de asumare și responsabilizare din partea comunității, care să completeze învățarea instituțională la nivel de planificare și implementare.

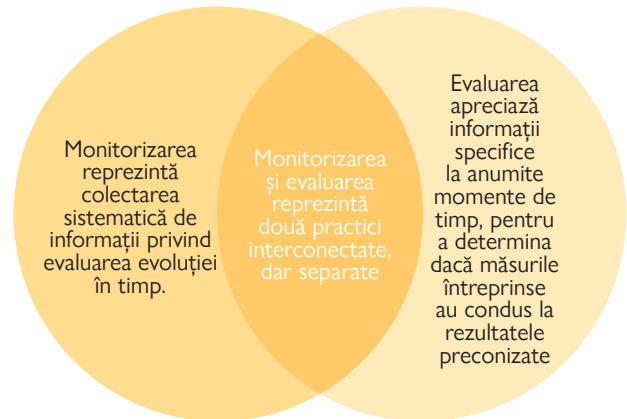
Scopul acestui capitol este de a introduce conceptul de monitorizare și evaluare **participativă și la nivelul comunității** în programarea MHPSS, și de a clarifica rolul esențial al acesteia în analiza nevoilor, a resurselor, a strategiilor de aplicare adecvate din punct de vedere social și cultural și a obiectivelor, în mediul în continuă schimbare al situațiilor de urgență umanitară, având în vedere faptul că comunitățile nu sunt **omogene**.

Monitorizarea și evaluarea reprezintă procese distincte, dar interconectate. În *Orientările în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC) (IASC, 2007)*, aceste activități au fost identificate ca reprezentând o parte esențială a programării MHPSS în situații de urgență. Fișele de acțiune 2.1 și 2.2 ar

trebui parcurse împreună cu capitolul 3 despre **Evaluare și cartografiere** din prezentul Manual, ca introducere în acest capitol.



Figura 15: Monitorizare și evaluare



Sursa: IASC (2017).

Monitorizarea și evaluarea se aplică pentru următoarele componente ale proiectului:

- Contribuții la proiect: Fonduri, materiale, echipamente, personal și alte resurse utilizate pentru desfășurarea activităților proiectului.
- Rezultatele proiectului: Activitățile realizate sau obținute din procesul de implementare a unui proiect (cum ar fi o sesiune de formare pentru personal sau îmbunătățirea accesului la servicii sau unități), care dovedesc că planurile operaționale sunt în grafic.
- Realizările proiectului: Ceea ce „apare” pe parcursul unui proiect ca urmare a rezultatelor obținute.
- Impactul proiectului: O schimbare de durată la nivelul indivizilor, familiilor și comunităților ca urmare a proiectului.

16.1.1 Ce este monitorizarea

Monitorizarea reprezintă colectarea sistematică de informații privind evoluția programului în timp (IASC, 2017). Monitorizarea face o comparație între intenție și rezultate (Sphere 2018). În timpul unei situații de urgență umanitară, este imposibil chiar și pentru cea mai bună evalu-

are și concepere a programelor să se prevadă cu exactitate schimbările de situație legate de urgență, dificultățile de aplicare în anumite locuri sau orice alte complicații în actualizarea programelor.

Monitorizarea la nivelul comunității și participativă asigură mecanismul de învățare, contextualizare și adaptare a programelor pe parcursul implementării (Sphere, 2018).

16.1.1.2 De ce este necesară monitorizarea programelor MHPSS

Monitorizarea vizează două lucruri: procesul (implementăm corect în condițiile specifice?) și rezultatele (funcționează ceea ce facem?) În plus, persoanele care implementează programe vor dori ca munca lor să fie remarcată și recunoscută de alții, care să ajute la realizarea de remedieri, atunci când este necesar. Programele pot fi apoi modificate, pentru a se asigura că abordează într-adevăr problemele în cauză, astfel cum sunt experimentate în contextul local.

16.1.1.3 Când este necesară monitorizarea programelor MHPSS

Monitorizarea reprezintă un proces continuu, însă o regulă de bază poate fi aceea ca monitorizarea să aibă loc după 30 de zile, pentru a afla dacă și cum este posibilă implementarea și care sunt aspectele care trebuie abordate; după 60 de zile, pentru a vedea dacă lucrurile au început și, din nou, pentru a vedea ce probleme trebuie abordate, apoi la 90 de zile și la fiecare 90 de zile ulterior, până la încheierea programului.

16.1.1.4 Monitorizarea participativă la nivelul comunității

Monitorizarea poate avea loc prin intermediul unei metode numite monitorizare și evaluare participativă la nivelul comunității, care utilizează mecanisme de învățare, contextualizare și adaptare a programelor pe tot parcursul implementării (Sphere 2018). Acest proces poate include următoarele activități:

- Discuții cu conducerea și personalul proiectului;

- Observarea activităților proiectului în timpul desfășurării acestora;
- Ascultarea participanților la program cu privire la experiența lor în cadrul programului, prin discuții de grup tematic;
- Implicarea reprezentanților comunității în discuții de grup tematic;
- Atragerea reprezentanților comunității pentru grupurile care ar putea să nu participe, pentru a verifica includerea și excluderea;
- Întocmirea unei „grile” de monitorizare cu indicatori pentru fiecare obiectiv al proiectului și organizarea unei întâlniri cu beneficiarii la fiecare punct pentru a înregistra progresul.

Faceți click [aici](#) pentru un exemplu de astfel de grafic. După ce înregistrează rezultatele sub forma unui grafic, participanții pot evalua singuri dacă grupul este „pe drumul cel bun”. Acțiunile pe care le întreprind îmbunătățesc cu adevărat sentimentul lor de bunăstare psihosocială? Au aceste schimbări efecte negative asupra bunăstării lor? Dacă da, pot fi remediate?



16.1.1.5 Întrebări adresate în cadrul monitorizării participative la nivelul comunității

Monitorizarea participativă și la nivelul comunității abordează următoarele întrebări:

- Programul este implementat astfel cum a fost planificat după evaluarea participativă?
 - Dacă nu, care sunt obstacolele?
 - Cum ar trebui acestea gestionate? Este necesar ca programul să fie contextualizat în plus?
- Sunt atinse toate populațiile afectate vizate?
 - Cine este exclus? De ce?
 - Cum poate programul să atragă și alte populații marginalizate?
- S-a schimbat semnificativ situația unei anumite populații?
 - Ce adaptări sunt necesare pentru a funcționa în aceste noi circumstanțe?

- Nevoile, resursele și metodologia de intervenție identificate cu ocazia evaluării sunt încă relevante pentru bunăstarea psihosocială a persoanelor și comunităților afectate?
 - Activitățile propuse par în continuare în măsură să îmbunătățească bunăstarea psihosocială și relațiile sociale ale acestora?
- Care sunt consecințele negative nedorite până în prezent?
 - Cum afectează acestea bunăstarea populațiilor?
 - Cum va gestiona programul aceste aspecte?
 - Există un mecanism funcțional și transparent de soluționare a reclamațiilor?
- Coordonarea între agenții se desfășoară conform planului?
 - Dacă nu, ce ajustări sunt necesare?
- Membrii personalului își desfășoară activitatea în conformitate cu standardele și sunt disponibile programe și măsuri de auto-îngrijire?
 - Dacă nu, ce ajustări sunt necesare?
 - Recunoașterea și sprijinirea eforturilor pozitive ale personalului, participanților și membrilor comunității.

După ce s-a răspuns la aceste întrebări, informațiile de monitorizare pot sta la baza revizuirii programelor, proiectelor sau intervențiilor, verificând criteriile vizate și confirmând că intervenția ajunge la persoanele care au nevoie de ea (Warner, 2017).

16.1.2 Ce este evaluarea

Evaluarea reprezintă o apreciere sistematică și obiectivă a conceperii, implementării și rezultatelor unei intervenții, ale unui proiect, program sau ale unei politici în curs de desfășurare sau finalizate (Sphere, 2017). Evaluarea corespunde procesului de analiză a unui program în anumite momente, în orice caz la început, apoi la mijloc (dacă este posibil) și la sfârșit, pentru a stabili dacă s-au obținut rezultatele dorite, astfel cum au fost stabilite în cadrul evaluării. Implicarea membrilor comunității și a participanților la program în procesul de evaluare asigură includerea acestora în procesul de învățare. În cadrul

programelor MHPSS, IOM, dintr-o perspectivă tehnică, evaluează rezultatele și, atunci când este posibil, impactul:

Evaluările privind realizările analizează eficacitatea unui program de a produce schimbări. Acestea analizează ce s-a întâmplat cu participanții la program și cât de mult a contat programul pentru ei. Sunt efectuate la jumătatea perioadei și din nou la sfârșitul unui proiect de intervenție.

- Evaluările de impact încearcă să măsoare dacă proiectul a promovat schimbări pozitive de durată în legătură cu sănătatea mintală, bunăstarea psihosocială, atitudinile, comportamentele și relațiile sociale ale participanților.

Caseta 71

Întrebări la care încearcă să răspundă evaluările IOM în legătură cu programele MHPSS

- Cum a fost realizat programul? Ce procese au contribuit la efectele pozitive și negative?
- Ce factori interni și externi au intervenit pentru a afecta (în mod pozitiv și negativ) impactul proiectului?
- Integrarea serviciilor specializate furnizate de proiect a fost eficientă pentru stabilizarea, tratarea și prevenirea tulburărilor psihice, neurologice și de consum de substanțe?
- Proiectul a îmbunătățit și a activat reziliența, a promovat incluziunea, a facilitat legăturile umane pozitive și a restabilit capacitatea de acțiune, eficacitatea proprie și a comunității, precum și speranța în rândul persoanelor, familiilor și grupurilor de la fiecare nivel vizat al piramidei?
- A îmbunătățit proiectul protecția persoanelor instituționalizate sau segregate la domiciliu, în corturi sau în tabere?
- Care sunt cele mai relevante bune practici, inovații și lecții învățate în timpul implementării, monitorizării și evaluării proiectului?
- Ce schimbări structurale și permanente s-au produs în viața persoanelor, familiilor și comunităților care au participat la proiect?

16.1.3 Înțelegerea indicatorilor

Indicatorii reprezintă informațiile cuantificabile, utilizate pentru a ajuta, a adresa și a răspunde la întrebările identificate în planul de monitorizare și evaluare. Alegerea indicatorilor influențează restul planului de monitorizare și evaluare, inclusiv metodele, analiza datelor și raportarea. Indicatorii pot fi cantitativi sau calitativi. Indicatorii participativi sunt cei elaborați împreună cu părțile interesate, în special cu membrii și participanții comunității, care ajută toate persoanele implicate să afle cu precizie dacă programele reușesc să îmbunătățească sănătatea mintală și bunăstarea psihosocială în comunitate. Indicatorii puternici sunt numiți SMART - specific, cuantificabil, realizabil, relevant și limitat în timp

- Indicatori de intrare: Acestea măsoară contribuțiile necesare pentru a permite realizarea programului (cum ar fi finanțarea, personalul, partenerii cheie și infrastructura).
- Indicatori de rezultat: Numeroase programe recurg la indicatorii de rezultat ca indicatori de proces; adică, obținerea unor rezultate solide este semnul că au fost realizate activitățile programului. Altele colectează măsuri ale activităților și măsuri de ieșire separate ale produselor/livrabilelor obținute prin aceste activități.
- Indicatori de realizare: Măsurați dacă programul generează efectele/schimbările preconizate pe termen scurt, mediu și lung.
- Indicatori de impact: Deoarece indicatorii de realizare cuantifică schimbările care se produc în timp, indicatorii ar trebui măsurați cel puțin la momentul inițial (înainte de începerea programului/proiectului) și la sfârșitul proiectului. Realizările pe termen lung sunt de multe ori dificil de măsurat și de atribuit unui singur program.

Pentru exemple specifice privind modul în care aceste întrebări pot fi abordate în cadrul programelor CB MHPSS, a se vedea și materialul din această secțiune.

16.1.31. Obiective și indicatori furnizați de cadrul comun

Grupul de Referință IASC pentru Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială în situații de urgență a elaborat *Cadrul comun de monitorizare și evaluare al IASC pentru Programele de asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială în situații de urgență* (IASC, 2017). Acest document prezintă un consens în legătură cu scopurile, obiectivele, indicatorii și acțiunile de monitorizare și evaluare a programelor MHPSS în situații de urgență. Documentul complet poate fi găsit [aici](#). Elementele cheie ale acestuia, legate de CB MHPSS, sunt rezumate aici. Documentul enumeră un proces în cinci etape pentru realizarea monitorizării și evaluării programelor MHPSS:



1. Evaluările MHPSS se desfășoară ca de obicei. Începutul elaborării unui program MHPSS este demarat pentru a răspunde nevoilor evaluate (a se vedea capitolul 3).
2. Organizația ține cont de propriile rezultate și realizări ale programului, în raport cu proiectarea programului. Fiecare organizație analizează modul în care proiectul său va contribui la obiectivul din cadrul comun.
3. În timpul etapei de planificare, practicienii/ personalul de implementare sunt încurajați să analizeze cadrul comun, pentru a vedea cum se aliniază cu intervenția (intervențiile) propusă (proapse) de fiecare dintre ei.
4. Programul preia (cel puțin) un indicator de impact al obiectivului și cel puțin un indicator de realizare din cadrul comun. De asemenea, programul include indicatori de rezultat, specifici pentru structura programului.
5. Organizația explorează posibile mijloace de verificare, pentru a măsura indicatorii de impact și de realizare. Acestea pot fi măsuri utilizate anterior de către ele sau de către alte organizații.

Obiectivul comun identificat pentru programele MHPSS este „reducerea suferinței și îmbunătățirea sănătății mintale și a bunăstării psihosociale”. Cadrul descrie două tipuri de realizări:

- Realizările la nivelul comunității;
- Realizări orientate către persoane.

Caseta 72

Cum se combină monitorizarea și evaluarea cu responsabilitatea și învățarea, pentru a completa un MEAL?

Răspunderea față de populațiile afectate (AAP) face parte integrantă din ciclul programului umanitar, care numără monitorizarea și evaluarea, responsabilitatea și învățarea printre domeniile sale de interes.

AAP necesită implicarea comunităților în evaluarea, elaborarea, monitorizarea și evaluarea programului. AAP impune ca, pe măsură ce programele sunt modificate și adaptate în funcție de feedback-ul primit din partea comunității, să existe un mecanism care să informeze comunitatea cu privire la modificările efectuate și la modul în care pot fi utilizate serviciile nou adaptate. Întrucât monitorizarea participativă este un proces continuu, există numeroase oportunități de a reveni la membrii comunității cu rezultatele oricăror adaptări. În mediile cu resurse reduse, aceste informații pot fi diseminate în cadrul grupurilor de discuții, al reuniunilor comunitare și al grupurilor de activitate, cum ar fi cele menționate anterior în acest Manual. În mediile cu resurse mai bogate și în mediile urbane, aceste metode de diseminare sunt, de asemenea, utile, însă, pentru a fi eficiente, vor trebui completate cu mijloace de comunicare sociale și radio.

Setul de instrumente IASC în legătură cu AAP cuprinde sfaturi detaliate despre modul de punere în aplicare a acestui proces și poate fi găsit **aici**.

Monitorizarea și evaluarea participativă invită la reflecție și la învățare, pe măsură ce responsabilii, personalul, liderii comunității și participanții la program colaborează pentru evaluarea eficienței programului. Conferințele de învățare, care includ rapoarte de evaluare, permit participanților - care au fost prezenți la întregul proces, de la evaluare și implementare la monitorizare și evaluare - să reflecteze asupra etapelor următoare.

Ce a fost surprinzător în această evaluare? Anticipat? Ce experiențe au fost plăcute, dar au produs puține rezultate? Astfel de conferințe de învățare și, în măsura în care resursele permit, publicarea lor pe site-urile interactive de socializare și prin intermediul organizațiilor comunitare, asigură un efect pe termen lung, care poate fi folosit de comunități pentru îmbunătățirea bunăstării în viitor.

Câteva întrebări importante pentru o practică de reflecție:

- Ce acțiuni au fost întreprinse în timpul monitorizării și evaluării, pentru a se asigura că au fost create oportunități de reflecție și învățare?
- În ce măsură au influențat perspectivele participanților aceste activități?
- Cum au fost documentate problemele identificate în cadrul procesului, cum s-a acționat în consecință și cum au fost reflectate în evaluare?

Pentru a corela aceste practici cu cerințele PAA, faceți click **aici**.

Acestea reflectă activitățile programatice în domeniul MHPSS la nivel de comunitate, grup, familie și individ.

Cadrul identifică cinci rezultate principale comune pentru orice proiect MHPSS în situații de urgență și propune un set de 49 de indicatori pentru măsurarea impactului și a realizărilor. În plus, Ghidul încurajează, alături de obiectivul general, includerea a cel puțin o realizare și a unui set de indicatori aferenți pentru monitorizarea și evaluarea fiecărui proiect MHPSS. Pentru facilitarea referinței, Tabelul

12 evidențiază trei indicatori cheie pentru fiecare realizare, aleși dintre cei care au cea mai mare legătură cu practicile MHPSS la nivelul comunității și cu abordarea IOM; cu toate acestea, se recomandă cu căldură să consultați publicația în întregime, pentru a descoperi toți indicatorii și detaliile privind implementarea.

Tabelul 12: Indicatori-cheie pentru realizările orientate spre comunitate și spre persoană

Realizări			
Orientate spre comunitate	Răspunsurile de urgență nu provoacă daune și încurajează demnitatea, participarea, asumarea responsabilității de către comunitate, fiind acceptabile din punct de vedere social și cultural.	Persoanele sunt în siguranță și protejate, iar încălcările drepturilor omului sunt analizate.	Structurile familiale, comunitare și sociale promovează bunăstarea tuturor membrilor acestora.
Orientate spre persoană	Comunitățile și familiile sprijină persoanele cu probleme de sănătate mintală și psihosociale.	Persoanele cu probleme de sănătate mintală și psihosociale beneficiază de o îngrijire direcționată adecvată.	

Sursa: Pe baza IASC (2017).

Tabelul 13 prezintă un eșantion de realizări și indicatori cheie, aleși și în acest caz dintre cei mai potriviți pentru programele CB MHPSS și pentru abordarea IOM.

Tabelul 13: Realizări și indicatori cheie

Realizări	
1. Răspunsurile de urgență nu provoacă daune și încurajează demnitatea, participarea, asumarea responsabilității de către comunitate, fiind acceptabile din punct de vedere social și cultural.	<ol style="list-style-type: none"> O1.1: Procentul de persoane afectate care declară că răspunsurile de urgență (a) corespund valorilor locale, (b) sunt adecvate și (c) sunt furnizate cu respect. O1.3: Procentul de comunități vizate în care populația locală a fost implicată să conceapă, să organizeze și să pună în aplicare ea însăși intervențiile de urgență. O1.4: Procentul de personal instruit și care urmează îndrumările (de exemplu, Orientările IASC) cu privire la modul de evitare a prejudiciilor.
2. Persoanele sunt în siguranță, protejate, iar încălcările drepturilor omului sunt analizate.	<ol style="list-style-type: none"> O2.1: Numărul de încălcări ale drepturilor omului raportate. O2.2: Procentul de comunități țintă care dispun de mecanisme formale sau informale, care se implică în protecția, monitorizarea și raportarea riscurilor de siguranță sau a grupurilor de risc (de exemplu, copii, femei, persoane cu tulburări psihice grave); O2.6: Procentul de membri ai grupului țintă (cum ar fi populația generală sau grupurile de risc) care se simt în siguranță;

<p>3. Structurile familiale, comunitare și sociale promovează bunăstarea și dezvoltarea tuturor membrilor acestora.</p>	<ol style="list-style-type: none"> O3.2: Gradul de cunoștințe și competențe parentale și de dezvoltare a copilului în rândul îngrijitorilor. O3.5: Nivelul de capital social, atât cognitiv (nivelul de încredere și reciprocitate în cadrul comunităților), cât și structural (apartenența și participarea la rețele sociale, grupuri civile sau comunitare). O3.6: Procentul de comunități vizate în care au fost luate măsuri pentru identificarea, activarea sau consolidarea resurselor locale de sprijinire a bunăstării și dezvoltării psihosociale.
<p>4. Comunitățile și familiile sprijină persoanele cu probleme de sănătate mintală și psihosociale.</p>	<ol style="list-style-type: none"> O4.1: Numărul de persoane cu probleme de sănătate mintală și psihosociale care declară că beneficiază de sprijin adecvat din partea membrilor familiei. O4.2: Capacitatea îngrijitorilor de a face față problemelor (de exemplu, cu ajutorul competențelor de gestionare a stresului, a competențelor de gestionare a conflictelor, a competențelor de rezolvare a problemelor, a competențelor parentale, a cunoștințelor despre unde să solicite ajutor sau informații și a resurselor necesare pentru accesarea îngrijirii). O4.4: Percepțiile, cunoștințele, atitudinile (inclusiv stigmatizarea) și comportamentele membrilor comunității, ale familiilor și/sau ale furnizorilor de servicii față de persoanele cu probleme de sănătate mintală și psihosociale.
<p>5. Persoanele cu probleme de sănătate mintală și psihosociale beneficiază de o îngrijire direcționată adecvată.</p>	<ol style="list-style-type: none"> O5.4: Numărul de femei, bărbați, fete și băieți care beneficiază de asistență psihosocială și psihologică direcționată (cum ar fi primul ajutor psihologic, punerea în legătură a persoanelor cu probleme psihosociale cu resursele și serviciile, gestionarea cazurilor, consiliere psihologică, psihoterapie sau alte intervenții psihologice). O5.6: Numărul de persoane din fiecare grup de risc (de exemplu, copii neînsoțiți și separați, copiii asociați cu grupuri armate, supraviețuitori ai violenței sexuale) care beneficiază de îngrijire direcționată (gestionarea cazurilor, consiliere psihologică, psihoterapie sau gestionarea clinică a tulburărilor psihice). O5.8: Nivelul de satisfacție a persoanelor cu probleme de sănătate mintală și psihosociale și/sau a familiilor acestora față de îngrijirea primită.

Sursa: Pe baza IASC (2017).

Trebuie remarcat faptul că un grup de parteneri IASC și Universitatea Johns Hopkins identifică, în prezent, mijloacele de verificare recomandate pentru fiecare dintre indicatori. Publicația rezultată va fi adăugată la versiunea online a prezentului Manual după ce va fi finalizată. Un manual UNICEF având ca obiect metodele de monitorizare și evaluare special concepute pentru copii poate fi consultat [aici](#).



16.1.3.2 Elaborarea și utilizarea indicatorilor participativi.

Numeroase programe MHPSS desfășurate de IOM, astfel cum sunt descrise în prezentul Manual, deși prevăd un sistem de trimitere pentru persoanele cu probleme psihologice, se concentrează pe restabilirea sistemelor de protecție comunitară, cum ar fi coeziunea socială și activarea capacității de acțiune în rândul grupurilor din cadrul populației, folosind termeni definiți chiar de către participanți. Aceste activități contribuie la îndeplinirea aceluiași obiective generale ca toate celelalte programe MHPSS, însă necesită indicatori specifici pentru a reprezenta rezultatele care urmează să fie evaluate, pe lângă cei raportați în Ghidul IASC. Într-o abordare la nivelul comunității, este fundamentală implicarea populațiilor afectate în identificarea și elaborarea indicatorilor utilizați în procesul de monitorizare și evaluare.

16.1.4 SEE_PET

SEE_PET reprezintă o metodă participativă rapidă, care poate fi utilizată pentru elaborarea indicatorilor de bunăstare psihosocială într-un context cultural specific cu grupurile sociale implicate. Aceasta poate fi utilizată pentru elaborarea unor indicatori de eficacitate a programelor MHPSS, prin raportare la care personalul și participanții pot evalua succesul și pot renunța la practicile ineficiente. Bazându-se pe metodologia utilizată în cadrul unui studiu realizat în trei țări cu privire la percepțiile femeilor afectate de conflict asupra bunăstării psihosociale (Bragin et al., 2014), aceasta a fost adaptată pentru a fi utilizată în cazul copiilor și adulților de sex masculin, precum și în contextele IDP. SEE_PET este utilizată pentru implicarea membrilor comunității în definirea și operaționalizarea componentelor bunăstării psihosociale în propriul limbaj și mod de gândire, transformând aceste definiții operaționale în indicatori SMART, contextuali. Metoda ajută participanții, membrii comunității și personalul programului să utilizeze acești indicatori în scopul monitorizării și evaluării componentelor psihosociale ale programelor MHPSS de urgență. Oferă participanților un moment de reflecție asupra nevoilor și resurselor în mijlocul crizei, permițându-le să articuleze și să acționeze în direcția vieții pe care și-o imaginează pentru ei și pentru copiii lor, acum și în viitor. Această metodă a fost utilizată ulterior de IOM în situații de urgență în diferite situații în care resursele au fost reduse, cum ar fi în Sudanul de Sud și Nigeria.

- Pentru instrucțiuni specifice, pas cu pas, în legătură cu modul de utilizare a SEE_PET, faceți click [aici](#).
- Pentru elaborarea și reprezentarea grafică a indicatorilor specifici pentru adulți, faceți click [aici](#).
- Pentru elaborarea și reprezentarea grafică a indicatorilor specifici pentru copii și adolescenți, faceți click [aici](#).
- Pentru un studiu de caz exemplificativ al IOM, faceți click [aici](#).
- Pentru contextul și monitorizarea studiului, faceți click [aici](#).



SEE_PET poate fi realizată de comunitate, dar de obicei este un proces facilitat de experți calificați.

Caseta 73

Elaborarea unor indicatori participativi pentru facilitarea trimiterii în vederea tratamentului tulburărilor psihice, neurologice și de consum de substanțe

În anumite medii, IOM va trebui să identifice persoanele cu tulburări psihice, neurologice și de consum de substanțe, care au nevoie de trimitere și de îngrijire ulterioară specifică. În unele medii cu resurse reduse, este posibil ca membrii comunității să nu fi avut niciodată un sistem adecvat de îngrijire a sănătății mintale, disponibil la nivel local. În aceste cazuri, studii recente arată că membrii comunității sunt conștienți de simptomele pe care le asociază cu bolile psihice, tulburările neurologice și reacția la abuzul de substanțe. Astfel de comunități au frecvent modalități de identificare și diferențiere a persoanelor ale căror comportamente sunt rezultatul durerii și al expunerii la violență de cele care au probleme curente, care necesită îngrijire psihiatrică (Ventevogel et al., 2013).

Organizarea de discuții în grupuri tematice, dublate de întâlniri cu informatori cheie - cum ar fi furnizorii de servicii medicale, vindecătorii tradiționali, liderii comunității și personalul psihiatric care poate fi disponibil - poate conduce la identificarea pozitivă a persoanelor care necesită o trimitere specializată.

În acest caz, decât să ridice probleme legate de bunăstarea psihosocială, întrebările din cadrul grupurilor tematice ar putea mai degrabă să se refere la persoanele cu probleme comportamentale și emoționale și la forma optimă de îngrijire a acestora (Ventevogel et al., 2013). Pentru exemple de caz și o descriere amănunțită a metodei de elaborare și analiză a rezultatelor acestor grupuri tematice, a se vedea articolul menționat [aici](#).



➔ 16.2. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPS

Mai jos sunt enumerate nouă etape pentru începerea procesului de monitorizare și evaluare. Este important de reținut că fiecare situație de urgență este unică și că anumite etape pot fi omise sau modificate, în funcție de context.

1. Amplasamente și locații: Concentrați-vă asupra a trei amplasamente diferite (cum ar fi tabăra, centrele de tranzit și comunitatea gazdă) sau asupra a trei locații diferite din aceeași zonă (cum ar fi sectoarele taberei, satele și cartierele din apropiere).
2. Cartografiere: Realizați cel puțin trei exerciții participative diferite, cum ar fi plimbări între sectoare și de bunăstare, scheme de rețele sociale (a se vedea **site-ul web al INTRAC**) pentru resurse și publicații online gratuite în legătură cu acest subiect (**aici**), și **carduri de punctaj pentru comunitate**; și vizitați MHPSS.net pentru o serie de instrumente practice, care pot fi descărcate, și instrucțiuni pentru utilizarea **acestora**.
3. Populația afectată: Eșantion orientativ de aproximativ 30 de informatori pentru fiecare amplasament/locație, inclusiv bărbați și femei, supraviețuitori GBV, persoane cu dizabilități, persoane în vârstă și persoane din grupuri marginalizate. În cazul în care copiii trebuie incluși în program, este necesar să existe grupuri separate pentru copii și adolescenți.
4. Părți interesate și lideri comunitari: Identificarea a patru informatori-cheie pentru fiecare amplasament/locație - profesori, lucrători din domeniul sănătății, lideri locali și religioși și administratorii de tabere - care să fie intervievați.
5. Indicatori: Identificarea a cel puțin doi indicatori SMART, calitativi și cantitativi, pentru fiecare activitate, rezultat și realizare.
6. Instrumente: Selectarea a cel puțin trei instrumente - cum ar fi formularele de monitorizare a activităților, chestionarele de satisfacție a participanților și discuțiile de grup tematic - pentru fiecare indicator.
7. Planificare: În conformitate cu planurile operaționale, dar cu o frecvență cât mai regulată posibil, inclusiv date de monitorizare săptămânală a activităților, chestionare lunare privind satisfacția participanților și grupuri de discuții trimestriale.
8. Personal: Identificarea personalului specializat, cu competențe lingvistice și culturale adecvate, care urmează să fie instruit în domeniul colectării și gestionării datelor, inclusiv coordonatorii echipelor de teren, asistenții de introducere a datelor, administratorii IT și responsabilii de proiect.
9. Managementul datelor: Identificarea platformelor disponibile pentru păstrarea informațiilor (cum ar fi foile de calcul, bazele de date online și documentele Word) și a formularelor de raportare pentru transmiterea grafică a datelor (cum ar fi cele lunare și trimestriale).



16.3. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Printre provocări se numără următoarele:

- Trebuie acordată o atenție deosebită pentru a se asigura că toate subgrupurile comunității sunt reprezentate în procesul de monitorizare și evaluare. În acest sens, este necesar un efort susținut de prevenire a obstacolelor care împiedică participarea, cum ar fi limba, educația, normele culturale, accesibilitatea, discriminarea socială și de gen, luptele pentru putere, interesele politice și conflictele deschise.
- Este posibil ca acceptarea culturală a metodologiilor și instrumentelor de monitorizare și evaluare la nivelul comunității să nu fie luată în serios de către părțile interesate și chiar de către populațiile afectate în contexte de urgență. Este important ca acestea să facă parte dintr-un efort mai amplu de implicare a comunităților.
- Schimbările subiective și autopercepția privind bunăstarea sunt, de asemenea, determinate de factori externi concomitenți, cum ar fi dinamica conflictelor, etapele de strămutare, interpretările culturale ale bolii, situația socială și discursurile politice, care se pot schimba rapid într-un scenariu tipic de urgență. Toate acestea trebuie avute în vedere în analiza rezultatelor procesului de monitorizare și evaluare.
- Activitățile la nivelul comunității - cum ar fi adunările publice, campaniile de conștientizare, sărbătorile religioase, turneele sportive, formarea competențelor și promovarea mijloacelor de subsistență - necesită un set de indicatori și instrumente specifice pentru măsurarea impactului real asupra bunăstării psihosociale a populațiilor afectate. Acestea sunt semnalate, unde este cazul, în capitolele relevante.
- Un impact pozitiv și de durată în domeniul MHPSS ar putea necesita mai mult timp decât cadrul operațional obișnuit, de scurtă durată, al unei intervenții de urgență. Prin urmare, indicatorii și instrumentele de evaluare ar trebui să fie suficient de precise pentru a măsura tendințele și atitudinile, iar nu realizările consolidate și schimbările de durată.
- De cele mai multe ori, bugetele nu reușesc să aloce resurse suficiente pentru resurse umane dedicate și calificate, care să se ocupe de MEAL. În absența resurselor, acestea ar trebui incluse în fișele posturilor și în competențele aferente ale personalului de bază. În consecință, aceste activități nu vor reprezenta sarcini suplimentare, ci mai degrabă o parte a sarcinilor curente.

În funcție de amploarea și caracteristicile situației de urgență, o identificare participativă completă a indicatorilor poate fi dificil de realizat în etapa inițială a intervenției. Comunitățile și programul pot dobândi această capacitate mai târziu în timpul procesului. În aceste cazuri, SEE_PET sau alte procese pot fi, de asemenea, declanșate într-o etapă ulterioară, deoarece pot avea în continuare un impact asupra efectelor programului și a lecțiilor învățate din acesta.

LECTURI SUPLIMENTARE

Ager, A., L. Stark, T. Sparling și W. Ager

2011 *Rapid Appraisal in Humanitarian Emergencies Using Participatory Ranking Methodology (PRM)*. Program privind migrația forțată și sănătatea, Universitatea Columbia, Mailman School of Public Health, New York.



Augustinavicius, J.L., M.C. Greene, D.P. Lakin și W.A. Tol

2018 Monitoring and evaluation of mental health and psychosocial support programmes in humanitarian settings: a scoping review of terminology and focus. *Conflict and health*, 12(1):9.



Bragin, M., K. Onta, J. Taaka, D. Ntacobakinvuna, K. Adolphs, J. Bolen, N. Tammelleo și T. Eibs

2013 *To be well at heart: Perceptions of psychosocial well-being among conflict affected women in Nepal, Burundi, and Uganda*. CARE Österreich, Viena.



Eggeman, M. și C. Panter-Brick

2011 Fieldwork and Research Process and Community Engagement: Experiences from the Gambia and Afghanistan. În: *Centralizing Fieldwork: Critical Perspectives from Primatology, Biological and Social Anthropology*. Studii privind societatea biosocială, (4). Berghahn, New York.



Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie (IFRC)

2017 *Monitoring and evaluation framework for mental health and psychosocial support in emergency settings: Guidance and Overview*. IFRC, Geneva.



Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)

2018b *OIG Strategy for the Management of its Evaluation and Monitoring Functions, 2018–2020*. Biroul Inspectorului General, IOM, Geneva.



Rogers, P.

2014 *Theory of Change: Methodological Briefs – Impact Evaluation No. 2*. Biroul de Cercetare al UNICEF, Florența.



Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă [aici](#).



ANEXA 1. COORDONAREA ÎNTRE AGENȚII



1. INTRODUCERE

Coordonarea reprezintă o componentă importantă a succesului realizării programelor MHPSS. Aceasta este inclusă ca anexă în prezentul Manual nu pentru că ar fi considerată mai puțin importantă decât alte aspecte programatice, ci din următoarele motive:

- Coordonarea și parteneriatul cu diferiți actori, membri ai comunității, organizații ale societății civile, părți interesate, populații afectate și clienți, lideri, lideri religioși și mediul academic în legătură cu planificarea și implementarea generală a unui program MHPSS, precum și cu alte organizații umanitare pentru optimizarea eforturilor de evaluare și definirea unor cadre comune de monitorizare și evaluare, sunt deja integrate - fiind descrise în întregul Manual. Această anexă tratează aspecte ce țin de coordonarea între agenții, acestea constituind cunoștințe esențiale pentru responsabili, dar care nu fac neapărat parte dintr-o abordare comunitară.
- Rolul diferențiat pe care IOM îl joacă sau îl poate juca în coordonarea între agenții a eforturilor MHPSS este esențial pentru responsabilii MHPSS din cadrul IOM, dar nu este neapărat relevant pentru cititorii din alte organizații.

În acest capitol, vom analiza modul în care PM din cadrul IOM ar trebui să coordoneze activitățile MHPSS între agenții și cum să faciliteze implicarea comunității, în măsura posibilităților, în cadrul grupurilor de lucru (WG) MHPSS la nivel național (WG MHPSS).

Coordonarea între agenții reprezintă o componentă esențială a intervenției în caz de urgență în orice etapă a ciclului acesteia - inclusiv pregătirea și recuperarea - pentru a asigura:

- Schimb de informații exacte și canale de comunicare de încredere;
- Identificarea strategiilor comune și a priorităților de intervenție;
- Alocarea uniformă a resurselor disponibile în funcție de necesități, locații și capacitatea operațională a partenerilor;
- Respectarea principiilor umanitare și a standardelor minime;
- Respectarea standardelor tehnice și a **standardelor etice** minime identificate;
- Promovarea de cursuri de formare și acțiuni de sensibilizare comune.

Principiile IOM pentru acțiuni umanitare (2015b) angajează în mod clar organizația în privința procedurilor și orientărilor IASC, împreună cu alte organisme de coordonare ale Organizației Națiunilor Unite. **Cadrul operațional IOM pentru crizele de migrație** (2012a) recunoaște importanța coordonării externe cu țările implicate, IASC și agențiile Organizației Națiunilor Unite; în special cu UNHCR.

O scrisoare comună IOM-UNHCR are în vedere coordonarea dintre cele două **agenții**.



2. COORDONAREA MHPSS ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ

La nivel mondial, un Grup de Referință pentru Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială în situații de urgență este o entitate între agenții asociată IASC. Acesta a fost înființat în anul 2007, imediat după lansarea *Orientărilor în domeniul MHPSS în situații de urgență ale Comitetului Permanent Inter-Agenții (IASC)*, (IASC, 2007), cu scopul de a:

- (a) Facilita integrarea principiilor de bază ale Orientărilor în toate sectoarele sau grupurile de intervenție în situații de urgență;
- (b) Încuraja colaborarea între agenții și diverse părți interesate (cum ar fi guvernele și comunitățile) pentru MHPSS în situații de urgență;
- (c) Susține coordonarea și activitățile între agenții în domeniul MHPSS la nivel mondial, regional și național;
- (d) Elabora instrumente relevante legate de Orientări și disemina în mod activ actorilor relevanți din domeniu;
- (e) Încuraja agențiile individuale să instituționalizeze Orientările;
- (f) Promova și susține dezvoltarea continuă a capacităților, pentru a permite utilizarea eficientă a Orientărilor și a instrumentelor conexe;
- (g) A face schimb de experiență privind aplicarea Orientărilor între actorii MHPSS;
- (h) Asigura interfața cu Sistemul Cluster al Organizației Națiunilor Unite și cu sistemele de coordonare a refugiaților și a migrației, pentru a include MHPSS în politicile, instrumentele, procesele de dezvoltare a capacităților și de planificare;
- (i) Facilita traducerile lingvistice, tipărirea și difuzarea Orientărilor.

Caseta 1

Actorii și organismele de coordonare umanitară

IASC este principalul mecanism de coordonare între agenții și are un rol orientat spre acțiune în chestiuni politice legate de asistența umanitară, precum și în formularea unui răspuns coerent și oportun al Organizației Națiunilor Unite la urgențe majore și complexe. **IOM** se numără printre cei 19 membri permanenți (Membri Principali) ai IASC.

Oficiul pentru Coordonarea Afacerilor Umanitare al Națiunilor Unite (OCHA), la nivel mondial, regional și național, reunește parteneri umanitari pentru desfășurarea coordonată, strategică și responsabilă a **acțiunilor** umanitare. OCHA are misiunea de a sprijini eforturile umanitare în situații de criză și strămutare internă complexe. Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR) rămâne principala agenție însărcinată cu sprijinirea intervenției și a coordonării refugiaților, în timp ce IOM este lider în domeniul migrației.

Coordonatorul umanitar (HC) și echipa umanitară națională (HCT), formată din agențiile operaționale ale Organizației Națiunilor Unite implicate în intervenția de urgență, reprezintă principalul organism de coordonare în țările afectate de crize umanitare complexe asociate strămutărilor interne (de reținut: aceștia nu sunt refugiați și migranți).

Unsprezece grupuri globale coordonează diferitele sectoare ale oricărei situații de urgență:

- Coordonarea și administrarea taberei (CCCM);
- Recuperare rapidă;
- Educație;
- Telecomunicații de urgență;
- Securitatea alimentară;
- Sănătate;
- Logistică;
- Nutriție;
- Protecția, care include: Domeniile de responsabilitate (AoR) privind protecția copiilor, acțiunea împotriva minelor, locuințele, terenurile și proprietatea și violența bazată pe gen;
- Adăpost;
- Apă, salubritate și igienă (WASH).

Pentru fiecare grup, IASC a desemnat o agenție principală (inclusiv OMS pentru Sănătate, UNHCR pentru Protecție și IOM pentru CCCM în cazul strămutărilor provocate de dezastrele naturale), care va fi sprijinită de organizații co-coordonatoare, de obicei un ONG internațional (cum ar fi *Save the Children* și UNICEF, ca agenții principale ale Grupului Global pentru Educație). Grupurile globale au un caracter permanent și planuri anuale, cu scopul de a stabili și disemina standarde, practici și cunoștințe. În momentul începerii unei intervenții umanitare, aceleași grupuri sunt înființate la nivel de țară, în funcție de necesități, de numărul de actori și de cererea specifică din partea guvernului gazdă, care declară ce grupuri trebuie activate. Uneori, grupurile fuzionează (de exemplu, Grupul pentru sănătate și nutriție în cadrul intervenției din Nigeria de nord-est), iar altele grupurile au denumiri ușor diferite, în funcție de solicitarea guvernului gazdă. MHPSS este o temă transversală în probabil toate grupurile, fiind o temă deosebit de relevantă în cadrul CCCM, Educație, Sănătate, Nutriție, Protecție (și în AoR aferente), Adăpost și WASH.

Extinderea la nivelul întregului sistem umanitar urmărește consolidarea procedurilor de urgență colective direcționate și cu termene clare. Activarea extinderii are o durată limitată la șase luni și poate fi prelungită o singură dată, pentru încă trei luni, în **situații** excepționale.



Grupul a redactat o serie de documente, instrumente și îndrumări suplimentare cu caracter operațional, care au fost citate și la care s-a făcut referire în întregul Manual. Lista completă a publicațiilor poate fi găsită **aici**. Pentru acest Manual, sunt deosebit de relevante următoarele *Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS: Notă de îndrumare (IASC, 2019a)*.

Deosebit de relevantă pentru personalul IOM este broșura IASC, *Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială în contexte umanitare: Ce ar trebui să știe coordonatorii taberelor și responsabili de tabere?* (IASC, 2014c), deoarece se adresează actorilor din grupul pe care îl coordonează IOM la **nivel** global și național.

Grupul de Referință MHPSS a pledat pentru înființarea unor Grupuri de lucru MHPSS la nivel național și subnațional, considerând că aceasta este cea mai bună modalitate de coordonare a diversilor actori implicați în diferitele sectoare de intervenție, în special în scopul de a evita fragmentarea în rândul actorilor umanitari asociați în mod tradițional cu grupurile de Sănătate (sănătate mintală clinică) și Protecție (asistență psihosocială la nivelul comunității). Grupul de lucru MHPSS ar trebui să colaboreze cu grupurile relevante și să adopte o atitudine proactivă în procesul de mobilizare a resurselor prin intermediul Procesului de consolidare a apelurilor, de elaborare a politicilor și de promovare a acțiunilor comune de lobby. Miza nu constă numai din coordonarea capacităților operaționale ale diferiților furnizori de servicii, ci și din coerența abordării programatice integrate a serviciilor MHPSS (cele patru niveluri ale piramidei) în cadrul întregului răspuns umanitar.

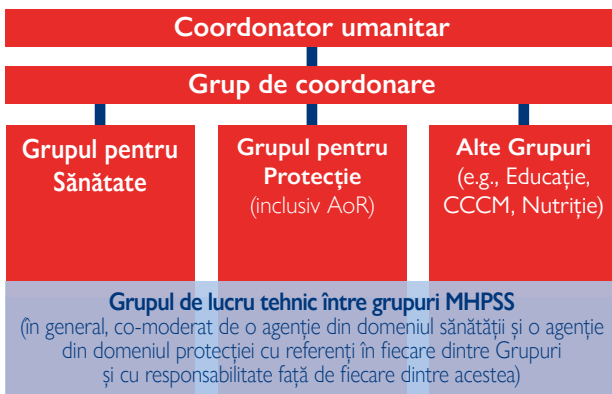
De preferință, Grupurile de lucru MHPSS ar trebui înființate la nivel național și subnațional încă de la începutul crizei. Grupurile de lucru (WG) MHPSS nu ar trebui niciodată asociate unui singur grup, ci ar trebui păstrate între grupuri (ceea ce înseamnă un organism flexibil, care să sprijine toate grupurile relevante - CCCM, sănătate, educație, nutriție și protecție). Fiecare organizație participantă poate avea ulterior sarcina de a se conecta la grupul de care organizația este mai apropiată, din punct de vedere al programării.

Caseta 2

IOM și RG IASC în do meniul MHPSS

IOM este membră a grupului încă de la înființarea acestuia și a instituționalizat utilizarea Orientărilor în notele de orientare internă; în cadrul cursurilor de formare internă pentru actorii MHPSS, Protecție, Sănătate și Situații de urgență; în cadrul cursurilor de formare externă pentru actorii MHPSS; și în cadrul proceselor de recrutare pentru personalul MHPSS.

Figura 16: Structură generică de coordonare a intervenției umanitare în domeniul sănătății mintale și al asistenței psihosociale (MHPSS) pentru situații de urgență de proporții, cu numeroși actori MHPSS
(va fi adaptată la nivel local)



IOM se numără printre organizațiile care, în general, preiau conducerea în procesul de înființare și copreședinție a Grupurilor de lucru MHPSS la nivel național. Aceasta a prezidat sau co-prezidat grupurile în diferite țări și situații de urgență din întreaga lume, inclusiv în Myanmar, Haiti, Nigeria, Sudanul de Sud, Libia, Irak și multe altele.

Atunci când dimensiunea și domeniul de aplicare al proiectului permit acest lucru, IOM numește un coordonator MHPSS inter-grupuri cu normă întregă (Sudanul de Sud, Nigeria, Haiti), aceasta fiind opțiunea preferată. Din punct de vedere administrativ, coordonatorul este atașat responsabilului MHPSS din cadrul IOM, dar, din punct de vedere tehnic, se poate adresa, pentru îndrumare, co-președinților Grupului de Referință MHPSS din cadrul IASC la nivel global.

În cazul în care resursele sau domeniul de aplicare al programului nu permit crearea unui post dedicat, o parte din timpul de lucru al responsabilului de program MHPSS și/sau al funcționarului MHPSS va fi dedicată sprijinirii Grupurilor de lucru MHPSS, fie în calitate de co-președinte, fie ca membru activ. În general, în acest caz, la nivel minim, personalul MHPSS al IOM va acționa ca element de legătură între Grupul de lucru MHPSS și Grupul CCCM.

În cazul în care nu poate fi înființat un Grup de lucru inter-sectorial MHPSS, ar fi totuși important ca referenții MHPSS să facă parte din grupurile și subgrupurile de lucru relevante, pentru a se asigura că se desfășoară totuși următoarele acțiuni coordonate minime:

- Schimbul de informații privind contextul operațiunilor și documentele, cum ar fi evaluările nevoilor MHPSS, indicatorii, instrumentele de colectare a datelor, rapoartele de lobby și planurile de acțiune.
- Întocmirea și actualizarea constantă a unei liste de distribuție a organizațiilor interesate, pentru diseminarea rapidă a informațiilor, a materialelor și a calendarelor (ședințe, ateliere și evenimente).
- Efectuarea de evaluări și sondaje comune privind necesitățile MHPSS.
- Realizarea de actualizări periodice pentru programul fiecărei organizații, subliniind constrângerile și oportunitățile de colaborare.
- Compilarea și actualizarea periodică a cartografiei 4C a MHPSS realizată de furnizorii de servicii (4C - Cine se află în Ce loc, Când și ce Cace).
- Identificarea sinergiilor și integrarea serviciilor cu organizațiile locale, inclusiv cu furnizorii de servicii de sănătate mintală de stat și privați, școli, cluburi, centre culturale, organizații ale societății civile, asociații de femei și organizații profesionale.
- Promovarea participării organizațiilor locale la reuniunile grupurilor de lucru și a subgrupurilor de lucru ale clusterelor și între cluster.
- Instituirea unui sistem de trimitere între agenții.
- Abordarea standardelor minime, a practicilor dăunătoare și a codurilor de etică prin exerciții și rapoarte comune de monitorizare.
- Integrarea Orientărilor MHPSS în sectoarele relevante ale intervenției în caz de urgență.



- Furnizarea de cursuri de formare pentru personalul umanitar cu privire la intervenția de bază în domeniul MHPSS (cum ar fi PFA) și la Orientările MHPSS.
- Promovarea campaniilor comune de lobby pe tema MHPSS în grupurile afectate și în comunitățile vizate (cum ar fi afișe, pliante, broșuri și programe radio în limbile relevante).
- Promovarea sensibilizării privind necesitățile și oportunitățile MHPSS la nivelul OCHA, al Coordonatorului umanitar și al Echipei umanitare naționale (cum ar fi cerințele de finanțare).
- Participarea la întocmirea Bilanțului anual al necesităților umanitare (HNO) și a Planului de răspuns umanitar (HRP) aferent. Menționăm că unele HRP pot funcționa timp de 2 ani.
- Identificarea unui număr de aproximativ 5 indicatori în legătură cu MHPSS (**a se vedea Cadrul comun de monitorizare și evaluare, drept ghid**) în funcție de care agențiile pot prezenta rapoarte. Acești indicatori MHPSS între agenții pot, de asemenea, fi utilizați în capitolele relevante privind grupurile HNO și HRP.
- Susținerea actualizării periodice a sistemelor de informații umanitare (cum ar fi Matricea de urmărire a strămutărilor) și a bazei de date a grupurilor (de exemplu, ActivityInfo) în privința datelor MHPSS.
- Întocmirea unor termeni de referință pentru consultări pe teme specifice (cercetare, formare, lobby, politici) promovate în comun de Grupul de lucru între clustere al MHPSS și de alte clustere/ AoR relevante (cum ar fi Sănătatea, Protecția copilului, Acțiune împotriva minelor și GBV).
- Sprijinirea instituțiilor guvernamentale și private de asistență în domeniul sănătății mintale prin îndrumare tehnică și inițiative ad-hoc de dezvoltare a capacităților (atelieri, seminarii, conferințe, cursuri de formare, stagii de practică și burse școlare).
- Sprijinirea organismelor guvernamentale relevante la nivel național și local pentru redactarea strategiilor, a planurilor operaționale și a politicilor MHPSS în situații de urgență.

În plus, în cazul în care IOM prezidează grupurile CCCM la nivel național, responsabilii MHPSS ar trebui să ia legătura cu echipa CCCM, pentru a sprijini următoarele măsuri:

- Formarea actorilor CCCM în PFA și MHPSS de bază.
- Predarea modulelor psihosociale din cadrul formării CCCM de bază.
- Diseminarea broșurii IASC, Asistență în domeniul sănătății mintale și asistență psihosocială în contexte umanitare: Ce ar trebui să știe coordonatorii taberelor și responsabilii de tabere? (IASC, 2014c).
- Participarea la ședința grupului, pentru a identifica MHPSS necesară pentru trimiterea la Grupul de lucru MHPSS și raportarea solicitărilor de sprijin și de remediere a problemelor din partea actorilor MHPSS din tabere.

Caseta 3

Lista membrilor RG IASC în domeniul MHPSS

ACT Alliance	International Medical Corps
Action Aid International	Comitetul Internațional de Salvare
Action Contra La Faim	IOM/Agencia Națiunilor Unite pentru Migrație
Africa Psychosocial Support Institute	IsraAID
Americares	Serviciul Iezuit pentru Refugiați
Crucea Roșie Americană	Medair
Antares Foundation Care Austria	Medicin du Monde (Franța)
CBM International	Medicine du Mondo (Spania)
Centrul pentru Victimele Torturii Fondul pentru Copii	Mercy Corps
Church of Sweden	MERCY Malaysia
COOPI	MHPSS.net
DIGNITY	OCHA
GIZ - Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	Oxfam GB
Global Practice Group	Plan International
Institutul de Formare Psihosocială Globală - Cairo	Red-R
Health Right International	Fundația pentru Educația Refugiaților
Health Works	Salvați Copiii Internațional
Heartland Alliance International	Terre des Hommes
Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS)	TPO Nepal
Humanity & Inclusion	TPO Uganda
ICVA	UNFPA
IFRC și ICRC (cStatut special - Invitați permanenți la IASC)	UNHCR
INEE	Unicef
InterAction	UNRWA
Comisia Internațională Catolică pentru Migrație	War Child Holland
	Fundația pentru Traume de Război
	OMS
	World Vision International

ANEXA 2. CONSIDERAȚII DE ORDIN ETIC



Aplicarea principiilor etice în furnizarea de servicii MHPSS la nivelul comunității este necesară pentru a evita practicile riscante și pentru a garanta siguranța comunităților. În general, orientările etice în MHPSS corespund la două principii:

- Lipsa relelor intenții sau „Să nu faci rău”.
- Calitatea și eficacitatea intervenției.
- Standardele etice aplicabile programelor umanitare sunt definite și consacrate într-o serie de orientări, care se aplică și programelor MHPSS, inclusiv:
 - **Federația Internațională a Crucii Roșii (IFRC), Codul de conduită în Principiile de conduită pentru Mișcarea Crucea Roșie Internațională și Semiluna Roșie și ONG-uri în programele de intervenție în caz de dezastre, 2007.**
 - **Standardul umanitar fundamental în materia calității și responsabilității în Manualul The Sphere , CHS, 2018.**
 - **Cele 6 principii de bază ale Orientărilor IASC în domeniul MHPSS în situații de urgență, Principii fundamentale, IASC (2007), Geneva, 2007**, p. 9. În special, în promovarea unei abordări de tip CB față de MHPSS, următoarele principii sunt esențiale:

Necesitățile, interesele și resursele populației afectate de situații de urgență trebuie avute în vedere în primul rând la planificarea și desfășurarea intervențiilor, nu doar agenda furnizorului sau a donatorului.

Este necesar să se asigure că toate persoanele implicate în orice aspect al CB MHPSS cunosc interdicția etică împotriva exploatării sexuale și a abuzului sexual, a activității sexuale cu participanții la program sau a oricăror alte relații „duale” cu potențial de exploatare. A se vedea site-ul web al ONU privind prevenirea exploatării și abuzului sexual (PSEA) [aici](#).

Trebuie păstrată confidențialitatea. Aceasta include furnizarea de servicii în așa fel încât grupurile vulnerabile să poată beneficia de servicii fără a fi identificate în mod specific prin prisma vulnerabilității lor (**IASC, 2019a**).

În cazul în care o persoană vizată dezvăluie informații confidențiale în timpul unei activități în cadrul comunității, aceasta trebuie să beneficieze de același nivel de încredere ca atunci când beneficiază de servicii MHPSS specializate și să fie îndrumată către alte resurse MHPSS, atunci când este necesar.

Mai mult decât atât

- **Evitați exacerbarea marginalizării/ discriminării/ stigmatizării**

Există multe moduri în care poate avea loc excluderea în cadrul unei comunități. Uneori, acordarea unei atenții deosebite unui grup vizat poate duce la trecerea cu vederea sau la neglijarea nevoilor unui alt grup, ceea ce poate face ca persoanele să se simtă discriminate. De asemenea, marginalizarea poate fi rezultatul scoaterii în evidență a supraviețuitorilor în anumite circumstanțe, în special atunci când experiențele acestora sunt de natură să atragă stigmatul social.

Prin urmare, este important să se cunoască dinamica comunității și structurile de putere și să se urmărească o abordare care să fie incluzivă și, în același timp, să răspundă nevoilor diferitelor subgrupuri. O analiză de gen poate fi, de asemenea, un instrument puternic de identificare a dinamicii puterii în rândul unei comunități. Este posibil ca metodologiile programului să trebuiască schimbate, pentru a ajunge la diferite subgrupuri, chiar dacă rezultatul este același. Printre exemple se numără organizarea de întâlniri de conștientizare la nivelul gospodăriilor și al centrelor comunitare, pentru a asigura că femeile, persoanele cu dizabilități sau alte persoane cu dificultăți de deplasare în afara casei au, de asemenea, acces la informații.

Trebuie, de asemenea, acordată atenție riscurilor de a accentua involuntar dezechilibrele de putere sau de a submina echilibrele de putere existente, într-un mod care creează tensiuni și opresiuni suplimentare. Prin urmare, în momentul furnizării ajutorului umanitar și al facilitării participării comunității, este esențial să se înțeleagă structurile locale de putere și modelele de conflict comunitar, să se lucreze cu diferite subgrupuri și să se evite privilegierea anumitor grupuri.

- **Să nu faci rău**

Atunci când într-o comunitate se întâmplă lucruri îngrozitoare, în special în urma unor violențe în

masă sau în timpul unui conflict armat, existența și susținerea unor discursuri diferite poate intensifica sentimentele de furie și ură. Instrumentele și evaluările participative ale nevoilor pot favoriza sentimentele menționate mai sus. În schimb, aceste discursuri pot marginaliza persoanele cu opinii contradictorii sau pe cele care au membri ai familiei de „cealaltă parte” și pot fi folosite pentru organizarea de represalii violente. Este important să se acorde atenție la alcătuirea grupului (de exemplu, diferențe de gen, afiliere politică) și la tipurile de întrebări adresate. Conținutul discuțiilor trebuie luat în considerare, la fel ca și momentul cel mai potrivit pentru organizarea unei discuții de grup tematic, a unor discuții separate între grupuri specifice (de exemplu, numai femei) sau a unor interviuri individuale (informatori-cheie).

- **Respectarea tradițiilor și promovarea schimbării**

Tradițiile și identitățile culturale sunt într-o continuă evoluție. Unele tradiții adâncesc relațiile inegale de putere, sunt o sursă de încălcare a drepturilor sau incită la violență socială. Oricât de important ar fi să susținem sistemele de sprijin tradiționale existente, MHPSS la nivelul comunității ar trebui, de asemenea, să includă acțiuni care pot face lumină asupra practicilor dăunătoare și de excludere, permițând astfel ca aspectele tradiționale pozitive să se dezvolte, iar cele negative să fie înlăturate (Bragin, 2014). În cazul unor vulnerabilități specifice, un asistent MHPSS ar trebui să dea dovadă de precauție sporită în identificarea celor mai eficiente mecanisme comunitare care trebuie activate.

- **Obținerea consimțământului**

În sistemul de gestionare a cazurilor, consimțământul în cunoștință de cauză ar trebui să fie întotdeauna explicat clientului și semnat de către acesta. În cazul minorilor, un părinte sau un tutore trebuie să primească informații și să semneze în numele acestora. Este important ca persoanele vizate să înțeleagă limitele programului încă de la început; să știe ce poate face și ce nu poate face organizația pentru ele. Astfel, se vor evita așteptările nerealiste, suferința și neîncrederea în programele viitoare.

De asemenea, persoanele vizate trebuie informate în mod adecvat cu privire la aspectele

practice a ceea ce se va întâmpla în perioada în care vor beneficia de servicii, pentru a evita neînțelegerile.

- **Recunoașterea competenței**

Personalul trebuie să recunoască limitele propriei competențe profesionale și să nu încerce să furnizeze servicii care depășesc domeniul lor de expertiză. În cazul în care un membru al personalului nu are expertiza necesară pentru a sprijini o persoană cu probleme, ar trebui să se facă o trimitere către alți membri ai echipei, care dețin cunoștințele adecvate, sau către resursele locale MHPSS.

- **Evitarea conflictelor de interese**

Personalul MHPSS trebuie să urmărească interesul superior al persoanelor în cauză. Atunci când sunt organizate vizite ale donatorilor, personalul va avea în vedere impactul vizitelor și va obține consimțământul persoanelor vizate. Acest tip de expunere poate fi explozivă, persoanele în cauză se pot simți obligate să își dea consimțământul și poate fi un factor care declanșează suferință. Personalul trebuie să se gândească la dinamica puterii pe care ar putea să o reproducă. Trebuie să existe măsuri de eliminare a situațiilor de conflict de interese, care să fie aplicate atunci când apare o situație de acest tip.

- **Evitarea comportamentelor vădit lipsite de etică**

Comportamente precum fraudă, exploatarea, abuzul, comportamentul infracțional etc, amplifică și mai mult dinamica dezechilibrelor de putere. Toți membrii personalului trebuie să semneze un cod de conduită. Atât personalul, cât și persoanele vizate ar trebui să primească informații cu privire la comportamentul lipsit de etică și la mecanismele sigure de raportare.

Prezenta anexă a fost copiată parțial din documentul **Abordări la nivelul comunității față de Programele MHPSS: Notă de îndrumare și materialul video Refacerea mijloacelor de subzistență cu asistență psihosocială** de Dr. Adeyinka Akinsulure-Smith. Pentru informații suplimentare în legătură cu considerațiile de ordin etic în cadrul programelor MHPSS ale IOM, puteți contacta Compartimentul MHPSS IOM și Compartimentul Comunicare Interculturală Globală: contactpss@iom.int.



ANEXA 3. OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU GBV



➔ 1. INTRODUCERE

Violența bazată pe gen (GBV) reprezintă o încălcare a drepturilor omului care își are originea în inegalitățile și discriminarea de gen. Toți supraviețuitorii GBV au dreptul la îngrijire și sprijin de înaltă calitate, cu compasiune, pentru combaterea consecințelor dăunătoare ale violenței, inclusiv MHPSS.

MHPSS constituie o componentă cheie a traseelor de îndrumare pentru supraviețuitorii GBV, dar capacitatea de a aborda problemele în cauză este în continuare limitată, în special în locațiile îndepărtate și imediat după o situație de urgență. Această anexă încearcă să descrie modul în care nevoile specifice ale supraviețuitorilor GBV pot fi gestionate prin intervențiile MHPSS ale IOM într-o manieră sigură, cu mențiunea că supraviețuitorii GBV vor avea probabil nevoie de același nivel de sprijin ca și alți membri ai populației care suferă de anxietate și alte reacții psihologice negative. Ca și în cazul altor grupuri, unii supraviețuitori ai GBV ar putea avea nevoie de îngrijire de specialitate în domeniul sănătății mintale pentru nevoi fie preexistente și exacerbate, fie rezultate din experiența GBV.

➔ 2. CE AR TREBUI SĂ ȘTIE RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Ce este violența bazată pe gen (GBV)?

GBV este definită de IASC drept „*orice act dăunător săvârșit împotriva voinței unei persoane și care se bazează pe diferențele (de gen) atribuite social între bărbați și femei.*”

GBV poate afecta orice persoană, însă femeile și fetele sunt afectate în mod disproporționat de acest tip de violență. IOM clasifică GBV în șase tipuri fundamentale de acte dăunătoare:

- Violul
- Agresiune sexuală
- Agresiunea fizică
- Abuzul psihologic / emoțional

- Căsătoria forțată
- Refuzarea resurselor, oportunităților și serviciilor

Cu toate că dinamica inechitabilă a puterii și inegalitatea de gen se află la baza GBV, există mulți factori care pot face ca oamenii să fie mai mult sau mai puțin predispuși la acest tip de violență. Situațiile de criză contribuie, în general, la exacerbarea riscurilor.

În timp ce impactul psihologic și psihosocial al GBV diferă de la o persoană la alta; contextele, tipurile de violență, amploarea și durata actelor de violență, precum și reacțiile psihologice și sociale negative sunt comune în rândul supraviețuitorilor GBV, cu grade diferite de gravitate. În plus, consecințele unui incident de GBV pot antrena alte consecințe dăunătoare, cum ar fi pierderea oportunităților socio-economice, care se poate adăuga sau consolida povara psihologică a supraviețuitorului, într-un cerc vicios.

➔ 3. CE AR TREBUI SĂ FACĂ RESPONSABILII DE PROGRAME MHPSS

Un responsabil MHPSS ar trebui să asigure că:

- Programele MHPSS respectă principiul de a nu face rău și urmăresc să reducă riscul de GBV.
- Programele MHPSS sunt incluzive pentru supraviețuitorii GBV într-un mod sigur.
- Echipele MHPSS sunt instruite în legătură cu măsurile de siguranță, iar consilierii sunt instruiți în abordări terapeutice specifice pentru supraviețuitorii GBV.

1. Programele MHPSS contribuie la programele de prevenire a GBV prin coordonarea cu actorii din domeniul GBV

Elaborarea programelor de prevenire a GBV trebuie realizată de specialiști în domeniul GBV, pentru a asigura abordări, activități și mesaje adecvate într-un anumit context.

De aceea, programele MHPSS ar trebui să se coordoneze cu actorii din domeniul GBV, atunci când aceștia există, atât în cadrul IOM, cât și în afara acesteia, pentru a contribui la programele de prevenire a GBV.

Diminuarea riscurilor este procesul prin care se asigură că toate intervențiile de programare în situații de criză:

- Evită orice efecte negative neintenționate, care ar putea conduce la un risc crescut de apariție a GBV (de exemplu, prin localizarea serviciilor într-o locație nesigură).
- Asigură faptul că femeile și fetele sunt incluse în mod sigur și semnificativ în toate intervențiile.
- Asigură că întreg personalul știe cum să reacționeze în siguranță și în mod etic în cazul în care un supraviețuitor dezvăluie un incident GBV, pentru a evita alte prejudicii.

Contribuția la eforturile de diminuare a riscurilor de GBV constituie responsabilitatea tuturor programelor, iar responsabilii MHPSS trebuie să fie dedicați reducerii riscului și protejării supraviețuitorilor față de prejudicii, prin intermediul programelor desfășurate.

Exemple de eforturi de diminuare a riscurilor de GBV în cadrul programelor MHPSS:

- Asigurarea unor locații sigure și accesibile de desfășurare a activităților MHPSS pentru femei, fete, bărbați și băieți. Aceasta poate include organizarea de grupuri de sprijin pentru femei în unități sau centre care s-au dovedit a fi atât accesibile, cât și sigure pentru femei.
- Asigurarea faptului că activitățile MHPSS nu expun femeile și fetele la un risc neintenționat de violență din partea partenerului intim sau a familiei. Acest fenomen poate fi rezolvat prin includerea unei analize de risc în cadrul **evaluării** inițiale, pentru orientarea în planificarea programului. Întrebările de evaluare privind prevalența incidentelor GBV nu sunt recomandate, iar preocupările privind siguranța legate de intervenții specifice (de exemplu, activități generatoare de venit) ar trebui obținute prin intermediul **întrebărilor**

indirecte, dacă este necesar. În cazul în care există percepții negative ale comunității față de femeile și fetele care se implică în astfel de intervenții, pot fi luate măsuri proactive pentru promovarea și îmbunătățirea accesului în condiții de siguranță.

- De exemplu, organizarea unei zile a porților deschise, în care familiile pot participa și observa activitățile MHPSS, poate diminua zvonurile și poate facilita capacitatea femeilor de a participa.
- Numeroase activități de grup în domeniul MHPSS, inclusiv cele legate de exprimarea creativă, grupurile de sprijin, grupurile de discuții și altele, pot determina supraviețuitorii să își povestească experiențele de GBV. Prin urmare, este important ca personalul relevant MHPSS să fie instruit în gestionarea acestor situații, astfel încât supraviețuitorul să nu divulge informații de identificare sau orice altceva care l-ar putea pune în pericol, respectând în același timp dreptul supraviețuitorului de a-și spune propria poveste. În cadrul atelierelor de expresie creativă, ar fi esențial ca personalul să fie instruit pentru a ști cum să mențină comunicării **la nivel metaforic și să evite să adreseze întrebări directe în legătură cu GBV.**
- Nicio persoană trimisă de o agenție despre activitatea căreia se știe că se desfășoară în domeniul GBV nu ar trebui întrebăată direct dacă este supraviețuitor sau să i se ceară să își „spună povestea” ca modalitate de acces la program sau de inițiere a traseului de asistență. Ar trebui furnizate informații privind serviciile disponibile, împreună cu asistență pentru accesarea serviciilor, dacă supraviețuitorul solicită acest lucru.
- Personalul MHPSS poate fi rugat de un supraviețuitor să îl însoțească la o unitate medicală sau la un alt tip de serviciu de intervenție. Dacă este posibil și în condiții de siguranță, vizibilitatea agențiilor ar trebui limitată cât mai mult posibil, iar deplasarea într-un vehicul neumanitar ar trebui să fie considerată norma, pentru a reduce riscurile asociate pentru supraviețuitori.



În cazul în care supraviețuitorii se retrag din activitatea MHPSS, spre deosebire de alte cazuri, aceștia nu ar trebui să fie căuțați din cauza riscului de a fi identificați ca supraviețuitori ai GBV.

Caseta 1

Abordare orientată spre supraviețuitor/ abordare orientată spre client

Toate programele MHPSS se bazează pe logica unei abordări orientate spre client. Ceea ce înseamnă că programele furnizează un sprijin respectuos, sigur, confidențial, nediscriminatoriu, care este orientat spre capacitatea de acțiune a clientului. Același lucru este valabil și pentru programarea în domeniul GBV, în care aceeași abordare este numită orientată spre supraviețuitor. În practică, abordarea orientată spre supraviețuitor/client îl consideră pe supraviețuitorul/clientul însuși ca fiind cel care ia decizii în toate problemele care îl afectează; este alegerea supraviețuitorului sau a clientului să solicite servicii medicale, juridice, psihosociale sau alte servicii disponibile. Supraviețuitorul/clientul nu ar trebui să fie niciodată forțat să raporteze sau să solicite servicii, atunci când nu dorește acest lucru.

2. Programele MHPSS știu cum să fie incluzive pentru supraviețuitorii GBV într-un mod sigur

Este important de remarcat faptul că programele MHPSS nu ar trebui să vizeze NUMAI supraviețuitorii GBV sau să îi caute în comunitate, deoarece acest demers poate duce la represalii sau stigmatizare. Cu toate acestea, programele MHPSS ar trebui să fie în măsură să răspundă nevoilor supraviețuitorilor GBV. Acest obiectiv poate fi realizat după cum urmează:

- Stabilirea unor activități specifice pentru femei și fete, care pot rezulta în trimiterea supraviețuitoarelor care dezvăluie un incident de tip GBV către echipele MHPSS.
- Realizarea unor mecanisme de încredere, care să le permită supraviețuitorilor să își dezvăluie singuri, dacă doresc, nevoia de

sprijin specific în legătură cu experiențele lor de GBV.

- Având în vedere că MHPSS este inclusă în traseele de trimitere pentru asistență în domeniul GBV, comunicați în mod clar cu sectorul GBV despre capacitatea existentă în cadrul programului MHPSS și în țară, pentru a evita neînțelegerile. A se vedea caseta 4.
- Asigurați-vă că echipele MHPSS sunt variate, din punct de vedere al compoziției de gen, pentru a permite supraviețuitorilor să aleagă sexul membrului personalului MHPSS cu care doresc să interacționeze. Este posibil ca supraviețuitorii GBV să se simtă mai în siguranță vorbind cu personalul de asistență MHPSS de același sex, chiar dacă nu este întotdeauna cazul, iar supraviețuitorul, ori de câte ori este posibil, ar trebui să aibă posibilitatea de a alege.
- Instruirea personalului din sectorul GBV (asistenți de caz/alte persoane) în domeniul MHPSS de bază, inclusiv în materie de abilități de comunicare și instrumente pentru identificarea cazurilor prioritare, care vor fi direcționate către serviciile MHPSS și către care servicii.

Caseta 2

MHPSS pentru bărbați și băieți

În timp ce bărbații și băieții pot fi, de asemenea, supraviețuitori GBV, teama de stigmatizare și normele sociale legate de masculinitate îi pot descuraja în a solicita asistență. Prin aplicarea unei abordări la nivelul comunității, este responsabilitatea tuturor actorilor MHPSS să cunoască aceste realități de gen asociate cu GBV și să se asigure că furnizarea serviciilor este incluzivă.

Din diferite resurse, pot fi colectate mai multe informații despre necesitatea MHPSS pentru bărbații supraviețuitori ai GBV, cum ar fi această **notă de îndrumare** privind *Răspunsul la violența sexuală împotriva bărbaților și implicarea bărbaților și băieților în prevenirea violenței sexuale și de gen*, **acest raport** privind *îngrijirea băieților afectați de violența sexuală*, **un alt raport** privind violența sexuală împotriva bărbaților și băieților în criza din Siria și **această îndrumare** privind *Lucrul cu bărbații și băieții supraviețuitori ai violenței sexuale și de gen în cazul strămutării forțate*.



Caseta 3

MHPSS pentru LGBTQI+

Marginalizarea persoanelor LGBTQI+ este adeseori accentuată în timpul unei crize și se poate extinde până la excluderea de la răspunsul/ajutorul umanitar. Având în vedere lipsa de conștientizare a nevoilor acestora, programele MHPSS pot avea tendința de a ignora riscurile și violența cu care se confruntă, în special în țările sau comunitățile în care nerespectarea normelor tradiționale de gen poate fi pedepsită de lege sau este inacceptabilă din punct de vedere cultural, făcându-le să pară invizibile.

Persoanele LGBTQI+ ar putea fi expuse unui risc accentuat de GBV, inclusiv practici precum violul corectiv sau terapia de conversie. Prin urmare, echipele MHPSS trebuie să țină cont de barierele cu care se confruntă persoanele LGBTQI+ în accesarea serviciilor și să se asigure că asistența acordată nu este discriminatorie și urmează o abordare orientată spre supraviețuitor/client, care nu îi expune pe aceștia la stigmatizare sau prejudicii.

3. Echipele MHPSS sunt instruite în legătură cu măsurile de siguranță, iar consilierii sunt instruiți în abordări terapeutice specifice pentru supraviețuitorii GBV.

Este esențial ca toate echipele MHPSS să fie instruite cu privire la măsurile de siguranță de bază și la metodele de gestionare a dezvoltării. Supraviețuitorii pot dezvălui un incident unui membru de încredere al personalului MHPSS sau în timpul unor activități care favorizează descărcarea emoțională sau povestirea. Ca atare, este important ca întregul personal al MHPSS să fie instruit în legătură cu modul în care trebuie gestionată o dezvoltare în condiții de siguranță și într-o **manieră etică** și să dispună de informații actualizate privind serviciile GBV și alte servicii disponibile. Aceștia ar trebui să utilizeze traseele de trimitere pentru a informa supraviețuitorii despre serviciile disponibile și pentru a obține consimțământul informat pentru a se adresa


actorilor din domeniul GBV. În caz de viol, este important să se informeze supraviețuitorul despre importanța de a solicita tratament medical cât mai curând posibil și în termen de 72 de ore și, în cele din urmă, să se faciliteze accesul la acesta, cu mențiunea că, în ultimă instanță, este decizia supraviețuitorului dacă solicită sau nu asistență medicală. Capacitatea și procedurile în acest scop nu ar trebui lăsate la inițiativa fiecărui membru al personalului în parte, ci programate de către responsabili.


De asemenea, este crucială instruirea unui număr determinat de consilieri, care vor acționa ca referenți pentru trimerile în cazurile de GBV (Bott et al, 2004). Consilierii trebuie să aibă încredere în experiențele supraviețuitorilor și să normalizeze și să valideze reacțiile acestora, să valideze supraviețuitorii să facă propriile alegeri și să elaboreze un plan de acțiune bazat pe nevoile lor personale. Aceștia pot recurge la abordări diferite, în funcție de formarea de care au beneficiat și de situația clientului. Consilierea ar putea include activarea resurselor supraviețuitorilor, strategii de reconstrucție a stimei de sine și a eficienței personale, echilibru decizional și tehnici de relaxare, precum și alte strategii pozitive de adaptare. Trebuie să se țină cont de faptul că supraviețuitorii GBV ar putea avea îngrijorări suplimentare în timpul situației de urgență și al strămutării, care ar putea necesita, de asemenea, consiliere și sprijin suplimentar. Anumite abordări indicate pentru supraviețuitorii GBV cuprind **terapie rapidă orientată pe soluții** (SFBT) și **abordarea schimbării pe etape**, care ține cont de etapele de pre-contemplare, contemplare, pregătire, acțiune și întreținere pentru sprijinirea clienților.

Măsurile suplimentare, cum ar fi sprijinul între egali, pot fi considerate servicii complementare pentru a sprijini bunăstarea clientului.

Mai multe informații cu privire la etapele recomandate pentru consilieri sunt disponibile în acest **manual** și **raport**, în aceste **Proceduri Standard de funcționare** privind furnizarea de servicii psiho-sociale, acest **manual** privind *Consilierea femeilor solicitante de azil și a femeilor*



 refugiate victime ale violenței de gen, și în **publicația** *Standardele minime între agenții privind programarea în domeniul GBV în situații de urgență*, cu orientări deosebit de relevante de la punctele 4, 5 și 7. Vă rugăm să consultați, de asemenea, capitolul despre **consiliere**.


 Consilierea ar putea fi recomandată, de asemenea, pentru **făptuitori ca instrument de reducere a răului**, în special în cazurile de IPV, concentrându-se pe dezvoltarea abilităților de comunicare, pe exprimarea și gestionarea emoțiilor, pe abilitățile de rezolvare a problemelor și de soluționare a conflictelor, iar ședințele ar putea oferi instrumente practice de susținere a unor relații mai sănătoase.

Este important să se elaboreze intervenții personalizate pentru grupuri de populație specifice, cum ar fi adolescentele însărcinate, dacă integrarea în programul general MHPSS nu oferă participanților spațiul sigur necesar pentru a se exprima și pentru a trece printr-un proces care să le dezvolte conștiința de sine și stima de sine.

Trebuie remarcat faptul că moderarea discuțiilor legate de GBV și elaborarea oricărui tip de mesaj legat de GBV necesită expertiza specialiștilor în GBV, iar actorii MHPSS ar trebui să solicite îndrumarea actorilor din domeniul GBV, acolo unde aceștia există.

Caseta 4

Trasee de trimitere

 Actorii GBV, la fel ca toți actorii care nu fac parte din MHPSS, tind să interpreteze programele de asistență psihosocială drept furnizarea de consiliere, psihoterapie, asistență psihiatrică și psihologică clinică. Prin urmare, este extrem de important să se clarifice capacitatea existentă în cadrul programului MHPSS, din punctul de vedere al nivelului de intervenție și al nivelului de aprofundare a competențelor, pentru a evita să se ajungă în situația în care supraviețuitorii care necesită consiliere direcționată sunt trimiși la programe care propun doar activități recreative, sau supraviețuitorii care au nevoie de consiliere de susținere sunt trimiși la psihiatri, sau persoanele care au nevoie de forme specifice de îngrijire sunt trimiși la programe în care consilierii sunt în curs de formare și pot oferi doar consiliere generică și de bază. Informațiile exacte ar trebui incluse în **trasee de trimitere multisectoriale**. Remedierea problemei privind lipsa accesului la servicii (cum ar fi consilierea direcționată sau îngrijirea specializată în domeniul sănătății mintale) ar trebui întotdeauna susținută pentru toți, iar actorii din domeniul GBV pot deveni aliați puternici în această activitate de lobby.

Este decizia supraviețuitorului de a fi îndrumat către servicii, inclusiv către MHPSS, la toate nivelurile, după ce toate informațiile sunt explicate clar în prealabil. Printre informațiile care trebuie furnizate supraviețuitorului înainte de obținerea consimțământului se numără:

- Calitatea serviciilor - în cazul în care nu sunt disponibili specialiști, acest lucru ar trebui explicat în mod clar, pentru a informa supraviețuitorul în legătură cu decizia de a apela la servicii.
- Disponibilitatea consilierilor de sex preferat
- Timpul mediu de așteptare pentru trimitere
- Ce informații vor fi împărtășite și cum va fi păstrată confidențialitatea
- Modul în care echipele MHPSS vor contacta supraviețuitorii trimiși - în cazul în care apelarea supraviețuitorului nu este o opțiune sigură, ar trebui să se convină asupra unei ore specifice înainte de ședința de consiliere individuală. Nu îl căutați niciodată pe supraviețuitor, dacă acesta nu se prezintă la o întâlnire.

Aceste informații ar trebui furnizate de către responsabilii MHPSS actorilor vizați din domeniul GBV.

Caseta 5

Sistemul nostru de trimitere este copleșit, ar trebui să acordăm prioritate supraviețuitorilor GBV?

Supraviețuitorii GBV ar trebui să primească sprijin în timp util, în condiții de siguranță și confidențialitate. Stabilirea priorităților va trebui să fie adaptată de la un context la altul, în funcție de programare, personal și capacitate. După cum am menționat, sprijinirea doar a supraviețuitorilor GBV poate atrage o atenție nedorită și zvonuri, ceea ce i-ar putea identifica și expune unui risc suplimentar de a suferi prejudicii. Având în vedere impactul semnificativ asupra sănătății mintale și psihosociale cu care se confruntă supraviețuitorii după un incident de GBV, este recomandat ca aceștia să fie incluși în orice criteriu de priorizare; cu toate acestea, trebuie instituite măsuri de protecție, pentru a le proteja confidențialitatea și pentru a nu fi identificați ca supraviețuitori din cauza participării la activitățile MHPSS.

Supraviețuitorii GBV nu ar trebui să fie căutați în comunitate, deoarece acest lucru ar putea să îi identifice din greșeală și, prin urmare, să îi expună la un prejudiciu suplimentar, inclusiv la posibile represalii din partea autorilor violenței și la stigmatizarea în comunitate.

GBV este înrădăcinată în normele culturale și sociale. Intervențiile MHPSS trebuie să țină cont de normele și atitudinile de gen ale unuia sau mai multor grupuri afectate și ale comunităților gazdă, pentru a furniza **asistență** eficientă. Este posibil ca echipelor MHPSS care lucrează îndeaproape cu comunitatea să li se solicite să sprijine anumite practici dăunătoare sau mecanisme de răspuns ale comunității, care nu se încadrează în orientările între agenții și în abordarea orientată spre supraviețuitor/ client. Printre exemple pot fi solicitările de implicare a bătrânilor și a șefilor sau de sprijinire a mecanismelor de justiție tradițională, care atrag foarte mult atenția membrilor comunității și riscă să identifice supraviețuitorul. Ca întotdeauna, supraviețuitorul este cel care alege dacă dorește să participe. Cu toate acestea, agențiile umanitare nu se pot implica sau nu pot sprijini astfel de practici și pot doar să modereze o conversație bazată pe respect.



➔ 4. PROVOCĂRI ȘI OBSERVAȚII

Asigurarea unei abordări orientate spre supraviețuitor/client în cadrul MHPSS la nivelul comunității

Cu toate că o abordare la nivelul comunității este considerată esențială pentru MHPSS, trebuie aplicate măsuri de protecție specifice atunci când se lucrează cu supraviețuitorii GBV. Nu sunt recomandate intervențiile conduse de comunitate pentru sprijinirea supraviețuitorilor GBV, din cauza sensibilităților specifice legate de cazurile GBV și a riscurilor cu care se confruntă atât supraviețuitorul, cât și membrii grupului comunitar, atunci când tratează astfel de cazuri, cu excepția situației în care membrii comunității sunt angajați și instruiți în mod oficial.

➔ 5. MEDIERE

Consilierea familială și de cuplu în urma unui conflict interpersonal, denumită uneori mediere, reprezintă o formă de sprijin pe care consilierii îl pot acorda persoanelor, cuplurilor sau familiilor. În cazul în care scopul medierii este de a aborda un incident de GBV, cum ar fi violența din partea partenerului intim, consilierii ar trebui să fie conștienți de faptul că implicarea autorului poate expune supraviețuitorul la un risc și mai mare, cum ar fi represaliile violente, amenințările și ostracizarea din partea familiei și a rețelelor de sprijin. De asemenea, membrii personalului ar putea fi afectați în acest proces, ceea ce evidențiază faptul că riscurile asociate medierii trebuie analizate cu atenție chiar și atunci când supraviețuitorii solicită în mod explicit implicarea unui partener abuziv. Din aceste motive, specialiștii în

GBV nu recomandă intervențiile de mediere cu supraviețuitorii și autorii, ci doar informarea supraviețuitorilor în legătură cu informațiile disponibile despre mecanismele de mediere și de justiție de tranziție, alături de orice preocupări legate de siguranță sau securitate pe care le pot avea. Aceste informații îi vor permite supraviețuitorului să apeleze el însuși la serviciile de mediere comunitară, dacă mai dorește, întotdeauna la alegerea sa.

În unele scenarii, medierea poate fi considerată a reprezenta singura opțiune rămasă pentru practicienii care sprijină un supraviețuitor, din cauza lipsei de alternative. De exemplu, lipsa unor case sigure pentru supraviețuitorii violenței domestice poate determina un supraviețuitor să solicite MHPSS medierea cu agresorul său, pentru îmbunătățirea siguranței. Intervenția într-un astfel de caz sub formă de mediere riscă să înrăutățească situația supraviețuitorului, deoarece scopul medierii este de a restabili armonia relațională, ceea ce, într-un caz de GBV în care supraviețuitorul și agresorul nu au putere egală în procesul de mediere, violența ar putea fi normalizată, tolerată și perpetuată pe termen lung; deoarece medierea ar implica o terță parte, agresorul ar putea fi iritat de natura publică a intervenției și violența ar putea crește; și deoarece medierea într-un context violent ar putea periclita siguranța și neutralitatea personalului MHPSS și ar putea submina încrederea supraviețuitorilor în personal și în furnizarea de servicii GBV, ceea ce ar duce la reducerea numărului de supraviețuitori GBV care se prezintă pentru a beneficia de sprijin în urma unui incident. În aceste cazuri, consilierul ar trebui să refuze să intervină în mediere, explicând riscurile potențiale pentru client și raționamentul instituțional care stă la baza acesteia. Cu toate

acestea, consilierul ar trebui să explice faptul că consilierea individuală și alte forme de sprijin sunt în continuare disponibile, ca și până acum. În cazul în care clientul decide să se retragă din activitatea de consiliere, ca urmare a acestui fapt, consilierul ar trebui să informeze clientul că poate relua consilierea și/sau activitatea în orice moment.

Gestionarea informațiilor despre GBV

Gestionarea informațiilor despre GBV face obiectul unor protecții și proceduri speciale, din cauza naturii extrem de sensibile a datelor. Atunci când sunt colectate date privind incidentele GBV, modul în care acestea sunt păstrate și securizate, precum și modul și motivele pentru care sunt împărtășite cu alți actori, necesită practici atente și minuțioase. Deși respectarea standardelor etice și de siguranță prevăzute poate fi dificilă, IOM este dedicată respectării orientărilor internaționale și integrării acestui deziderat în toate departamentele de program, ceea ce este deosebit de relevant pentru programele MHPSS, care adeseori lucrează direct cu supraviețuitori și cu informații sensibile. Echipele MHPSS care lucrează cu supraviețuitorii trebuie să respecte politicile stricte de protecție a datelor și protocoalele de schimb de informații, în acțiunile de sprijinire a supraviețuitorilor GBV. În practică, aceasta include formulare de caz codificate, atunci când acestea conțin orice informații concrete legate de incidentele GBV; omiterea oricăror informații de identificare, precum și păstrarea formularelor de caz într-o locație sigură, accesibilă doar personalului relevant.

LECTURI SUPLIMENTARE

CIDA și SAT

2008 Counselling Guidelines on Domestic Violence. Southern African AIDS Training (SAT) Programme & Canadian International Development Agency CIDA. 

Domeniul de responsabilitate GBV (AoR GBV)

n.d Tools and Resources for Mental Health and Psychosocial Support Services GBVIMS 

n.d GBV Information Management System (GBVIMS). Podcast-uri. 

Hillenbrand E, Karim N, Mohanraj P și Wu D.

2008 *Measuring gender-transformative change A review of literature and promising practices.* CARE SUA. Document de lucru. 


IASC

2015 *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery.* (a se vedea capitolul dedicat **Sănătate**) 

Organizația Internațională pentru Migrație (IOM)

2018 *Institutional Framework for Addressing Gender-Based Violence in Crises.* (Cadrul GBViC). IOM, Geneva. 

Medina, M., Petra, V., Mimoso, R., Pauncz, A., Tóth, G., Hiimäe, R., Harwin, N. și Corgrove, S.

2008 *The Power to change: How to set up and run support groups for victims and survivors domestic violence.* 

Raising Voices


n.d SASA, groundbreaking community mobilization approach developed by Raising Voices for preventing violence against women and HIV. 

Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) și Domeniul de responsabilitate GBV (AoR GBV) 

2019 *The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming.*

(Standard 4 – Asistență medicală pentru supraviețuitorii GBVși and Standard 5 – Asistență psihosocială)

UNFPA

2008 *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health. A global toolkit for action.* Promundo, UNFPA și MenEngage. 

Pentru alte referințe, găsiți bibliografia completă **aici**. 

MANUAL PRIVIND ASISTENȚA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI ASISTENȚA PSIHOSOCIALĂ LA NIVELUL COMUNITĂȚII ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ ȘI DE STRĂMUTARE

EDIȚIA A II-A

© 2021 International Organization for Migration (IOM)

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a acestei publicații nu poate fi reprodusă, stocată într-un sistem de recuperare sau transmisă sub nicio formă sau prin orice mijloace, electronice, mecanice, fotocopiere, înregistrare sau în orice alt mod, fără permisiunea prealabilă scrisă a editorului.