

DUŠEVNO ZDRAVJE V KONTEKSTU SODOBNIH MIGRACIJ

Sanja Cukut Krilić¹

POVZETEK

Z naraščajočim pomenom in vedno večjo raznolikostjo mednarodnih migracij narašča tudi potreba po bolj prilagojeni obravnavi migrantk_ov in etničnih manjšin v okviru strokovnih služb na področju duševnega zdravja in hkrati po povečevanju dostopnosti tovrstnih služb. Besedilo sprva predstavi temeljne dejavnike, ki na raznolike in pogosto kontradiktorne načine vplivajo na pojavnost duševnih motenj pri migrantkah_ih. Utemeljeno je v podmeni, da moramo pri razumevanju nastanka tovrstnih motenj upoštevati individualne osebnostne značilnosti in okoliščine migracije posameznih migrantk_ov, prav tako pa ekonomske, kulturne in politične okoliščine in neenakosti (npr. po spolu, ekonomskem statusu, starosti, spolni orientaciji, religiji itn.) tako v državah, iz katerih prihajajo migrantke_ti, kot tudi v državah, v katere se priseljujejo. Posledično prispevek utemeljuje nujnost kulturno obveščenega pristopa k obravnavi duševnih motenj in poda nekaj izhodišč za uveljavitev tovrstnega pristopa v raziskovalnih in strokovnih prizadevanjih na področju duševnega zdravja.

Ključne besede: migracije, duševno zdravje, duševna bolezen, begunke_ci, migrantke_ti

1. Doktorica sociologije, univerzitetno diplomirana sociologinja, znanstvena sodelavka; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si

1 UVOD

Sodobne Evrope ne utemeljuje le združitev nacionalnih držav, temveč tudi naraščajoča prisotnost mednarodnih migrantk_ov (Merrill, 2006). Stephen Castles in Mark Miller (1998) kot temeljne značilnosti sodobnih migracij navajata njihovo globalizacijo, vedno večje število, povečevanje njihove raznolikosti, feminizacijo in politizacijo. Globalizacija migracij pomeni, da je vedno več držav pod pomembnim vplivom migracijskih gibanj, hkrati pa se povečuje tudi raznolikost izvornih držav, kar pomeni, da se tudi migrantke_ti, ki prihajajo v nove družbe, med seboj vedno bolj razlikujejo.

V tem oziru gotovo ni presenetljivo, da se zlasti v zadnjih desetletjih tako med strokovnjakinjami_i na področju duševnega zdravja kot tudi med oblikovalkami_ci politik pojavlja vprašanje, kako službe in storitve na področju duševnega zdravja prilagoditi tudi migrantkam_om in/ali etničnim manjšinam. Pri tovrstnih prizadevanjih se kot ključni tematiki izpostavljata problematika dostopa do tovrstnih storitev, njihova kvaliteta oz. prilagojenost izkustvu in doživljanju teh družbenih skupin. Tematiko migracij, duševnega zdravja in pomena nudenja celostne in integrirane psihosocialne podpore migrantkam_om in še posebej begunkam_cem kot posebej ranljivi skupini so kot eno od pomembnih področij izpostavile tudi mednarodne organizacije tako na področju migracij kot tudi zdravja, kot so WHO (Svetovna zdravstvena organizacija), IOM (Mednarodna organizacija za migracije) in UNHCR (Visoki komisariat Združenih narodov za begunce) (Mental health and psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe, 2015).

Zaradi kompleksnosti tematike, ki zagotovo ne naslavlja le migrantk_ov kot za duševne motnje domnevno bolj ranljivo in dovzetno skupino prebivalstva, temveč v enaki meri tudi sociopolitični in ekonomski kontekst sodobnih družb tako izseljevanja kot tudi priseljevanja, ki lahko pomembno vpliva na doživljanje duševnih stisk in motenj, pričujoče besedilo nima ambicije odgovoriti na vprašanje, ali in v kakšni smeri izkušnja migracije vpliva na incidenco duševnih bolezni med migrantkami_ti. Namen je precej skromnejši: pokazati na pogosto kontradiktorne učinke migracije na osebe, ki se znajdejo v raznolikih osebnih in družbenih okoliščinah. Tovrstno prizadevanje je že nekaj desetletij del raziškovalnega delovanja zlasti kulturnih psihiatrov in medicinskih antropologov. V tem smislu prispevek poleg premisleka o migracijah in duševnem zdravju ponuja tudi razmislek o globalni politiki na področju duševnega zdravja.

2 IZKUŠNJE MIGRACIJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Poenostavljeno lahko pri proučevanju vpliva migracij na duševno zdravje govorimo o treh fazah: fazi pred migracijo, o samemu procesu migracije in obdobju po migraciji, četudi se v vsakdanjem življenju le-te neizogibno prekrivajo (Bhugra in Gupta, 2010; Palmer in Ward, 2007). Vplivi migracije na duševno zdravje so rezultat součinkovanja kompleksnih socialnih, ekonomskih, psiholoških, fizičnih in kulturnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sam proces migracije, prav tako pa na razloge zanjo, četudi je vzročno povezavo težko dokazati (Bhugra in Gupta, 2010; Dein in Bhui, 2013).

Dejavniki pred migracijo lahko obsegajo nagnjenost k duševnim motnjam in določene osebne poteze, ki se jim priključijo dejavniki ranljivosti (npr. porodna travma in težke izkušnje v zgodnjem otroštvu). Ti lahko povečajo dovzetnost za duševno motnjo v poznejšem življenju in določajo tudi percepcijo in spoprijemanje z izkušnjo tako migracije kot tudi umeščanja v novo družbo. Dejavniki tveganja pred migracijo so tudi življenjski pogoji v državi izvora, med drugim različne oblike nasilja, vojna in mučenje (Lindert in sod., 2008). Pomembno je lahko neskladje kulturnega in socioekonomskega statusa pred migracijo in po njej. Nizek socioekonomski status je namreč po ugotovitvah večine raziskav dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje tako med migrantkami_tj kot tudi med »domačim« prebivalstvom (Bhugra in Gupta, 2010; Lindert, 2010). Migracija pogosto vključuje serijo izgub, npr. družine in »znane« družbe, ki so lahko čustvene, a tudi strukturalne. Izgubi se lahko jezik, zlasti pogovorni in narečni, spremenijo se stališča, vrednote, družbene strukture in podporne mreže, pravni status migrantk_ov v novi družbi pa je pogosto negotov (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra, 2004; Bhugra in Gupta, 2010). Posebno težavo predstavlja jezik, zlasti ko gre za kulturno posredovan in določen govor o stiskah in simptomih, saj prevod nikoli ni le prevod, temveč interaktivni dinamični medij (Bhugra in Gupta, 2010). Četudi imajo lahko migrantke_tj dostop do zdravstvenega varstva in jim je zagotovljeno načelo enake obravnave znotraj zdravstvenega sistema, tovrstne ovire, ki se jim pridružuje diskriminacija na ravni vsakodnevnega življenja, in pogosto neustrezna obravnava na strani zdravstvenih delavk_cev, ki tudi sami čutijo negotovost pri delu z domnevno »kulturno različnimi« skupinami prebivalstva, pogosto povzročijo, da migrantke_tj v manjši meri, kot to velja za »lokalno prebivalstvo«, uporabljajo storitve na področju (duševnega) zdravlja (Lindert in sod., 2008). Nekateri raziskovalci so opozorili tudi na pomen spiritualnih oz. religijskih razlag duševnih stanj kot prevladujočih načinov razumevanja duševnega stanja posameznic_kov iz določenih etničnih skupin in na prisotnost kompleksnih sistemov teorije in klinične prakse v okviru zdravstvenih

sistemov, ki niso del »zahodne medicine«, a so za nekatere posameznice_ke še kako relevantni (Dein in Bhui, 2013).

Težavo predstavlja tudi pomanjkanje podatkov, zlasti kvantitativnih epidemioloških podatkov, o (duševnem) zdravju migrantk_ov, vključujoč pomanjkanje podatkov, ki bi diferencirali med osebami s slabšim oz. boljšim ekonomskim statusom (Dein in Bhui, 2013). Nezanemarljiva v tem oziru je tudi ugotovitev Linderta in sodelavcev (2008), da psihometrični instrumenti, ki jih raziskovalke_ci pogosto uporabljajo v študijah duševnega zdravja migrantk_ov, pogosto niso kulturno validirani in da prevodi, ki so na voljo, niso testirani med kulturnimi in jezikovnimi skupinami, za katere so bili pripravljani. Ne nazadnje je potreben tudi premislek o prevladujočih »zahodnih« kategorijah bolezni in simptomatike, ki so večinoma uporabljeni v tovrstnih inštrumentih (Lindert in sod., 2008).

Posebno pozornost velja posvetiti tudi nekaterim specifičnim skupinam migrantk_ov. Med najranljivejšimi skupinami so gotovo begunke_ci, saj prisilne migracije pogosto niso načrtovane in so povezane z različnimi oblikami travme, negotovosti, strahu in izgube tako v državi izvora kot tudi med samo potjo, negotovim pravnim in migracijskim statusom in izgubo socialnih mrež, pogosto tudi primarne družine. Tovrstnim dejavnikom tveganja se pridružujejo različne oblike diskriminacije v državi preselitve in odklonilen odnos lokalnega prebivalstva, neustreznost zdravstvene oskrbe, slabi življenjski pogoji, pogosto v segregiranih begunskih in azilnih centrih, in omejene možnosti zaposlitve in izobraževanja (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra in Gupta, 2010; Slobodin in sod., 2018). Prav zaradi specifičnosti begunske izkušnje ni presenetljivo, da so pri tej skupini najpogosteje postavljene diagnoze tesnobnih in depresivnih motenj, kot so posttravmatska stresna motnja in huda depresija, ki odražajo doživete travme in izgube (Bhugra in Gupta, 2010). V tem oziru nekateri opozarjajo tudi na nevarnosti razlaganja klinično pomembnih simptomov in motenj kot zgolj posledice travme, kar lahko vodi v neustrezne in pomanjkljive odzive strokovnih služb (Bhugra in Gupta, 2010). Povedna v tem oziru je ugotovitev preliminarne raziskave med prosilci za azil na Nizozemskem, ki je ugotovila, da so bile težave v duševnem zdravju med prosilci za azil pogosteje povezane s stresorji po migraciji (negotovost, nemoč in frustracija zaradi azilnega postopka) kot s preteklimi travmatskimi izkušnjami, kar so potrdile tudi nekatere prejšnje raziskave na to temo (Slobodin in sod., 2018), četudi so bile tovrstne študije praviloma lokalno omejene in manjšega obsega v smislu vzorčenja.

Za stare migrantke_te so dejavniki tveganja za pojavnost duševnih stisk lahko negativen odnos družbe do starih (angl. *ageism*), omejen dostop do zdravstvenih in socialnih storitev, razlike med spoloma in težave v komunikaciji,

zlasti ko gre za dementna in depresivna stanja, ki v nekaterih družbah nimajo terminološko primerljivega izraza, saj se tovrstne težave praviloma somatizirajo (Bhugra in Gupta, 2010). Za posameznice_ke LGBT sta prav homofobija in/ali nedostopnost medicinskih in kirurških intervencij za spremembo spola v državi izvora lahko eden od pomembnih dejavnikov pri odločitvi za migracijo in v tem smislu »varovalni« dejavnik duševnega zdravja, po drugi strani pa jih lahko negativen odnos do spolnih manjšin v državi priselitve skupaj z dejavniki, kot so migrantski in manjšinski status, starost, spol in religijska pripadnost, dodatno ogrožajo (Bhugra in Gupta, 2010). Nezanemarljive niso niti spremembe v vlogah med spoloma in neskladja v pričakovanjih o družbeno sprejemljivem vedenju za posamezen spol med državo izvora in državo priselitve, ki se lahko kažejo zlasti v stališčih do dela žensk izven gospodinjstva in spremembah podpornih mrež na prehodu iz razširjenih v naraščajoče jedrne oblike družine (Bhugra in Gupta, 2010). Posebej ogrožena skupina so zaradi ne vključenosti v sistem zdravstvenega varstva in nezakonitega migracijskega statusa v državi preselitve nedokumentirane_i migrantke_ti, ki imajo zaradi svojega statusa še dodatno omejene možnosti za geografsko in socialno mobilnost (Paat in Green, 2017).

Iz shematičnega prikaza nekaterih dejavnikov tveganja za pojavnost duševnih motenj pri migrantkah_ih lahko izluščimo dejavnike, ki niso povezani le z individualnimi in osebnostnimi značilnostmi migrantk_ov, temveč tudi z njihovim položajem npr. znotraj blaginjskih sistemov gostujočih držav, položajem na trgu dela in v izobraževalnem sistemu, dostopnostjo in primernostjo socialnih in zdravstvenih storitev in navsezadnje tudi umeščenostjo v lokalne mreže pomenov simptomatike, prepoznavne in obravnave duševnih stisk.

3 ZAKAJ KULTURNA PSIHIATRIJA?

Od 50. letih 20. stoletja, ko se je oblikovala t. i. (trans)kulturna psihiatrija, se je zlasti med antropologi in kulturnimi psihiatri razvilo zavedanje, da se morajo reakcije na izkušnjo migracije, enako kot to velja za druge življenjske izkušnje, ki so med strokovnjaki prepoznane kot dejavnik tveganja za razvoj duševnih motenj, kontekstualizirati (Bhugra in Gupta, 2010; Ingleby, 2005; Kirmayer in sod., 2015).² Prvi sistematični poskusi raziskovanja zdravja na globalni ravni in oblikovanja globalne politike na področju zdravja so imeli dokaj univerzalistična izhodišča: zahodne kategorije bolezni in oblike zdravljenja naj bi bile relevantne

2. V pričujoči publikaciji tematiko podrobneje predstavlja prispevek Duške Knežević Hočvar: Prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji.

za vse države, v najslabšem primeru naj bi pri njihovem prenosu šlo za ustrezen »prevod« domnevno univerzalnih konceptov bolezni in zdravljenja v različne kulturne idiome. V skladu s tedaj prevladujočim asimilacijskim pristopom migracijske politike naj bi se tudi migrantke_{ti} dokaj neproblematično prilagodile_i tovrstnemu »zahodnemu« medicinskemu modelu (Ingleby, 2005). Prizadevanja medicinskih antropologinj_{ov} za oblikovanje t. i. antropološke psihiatrije, ki je poudarjala kulturno ustrezno nudenje storitev in prinesla zavedanje, da enaka obravnava za vse lahko pomeni neustrezno obravnavo, so privedla k oblikovanju t. i. multikulturnega modela skrbi (Ingleby, 2005). Ne glede na to pa je bila kulturna občutljivost v praktičnih modelih pogosto razumljena zgolj kot prilagoditev nudenja storitev kulturnim značilnostim določenih etničnih skupin, četudi je zagotovo vprašljivo, ali te skupine obstajajo kot kulturno homogene kategorije (Ingleby, 2005; Kirmayer, 2012). Povečevanje kulturnih kompetenc v zdravstvu bi posledično, kot je zapisal Kirmayer (2012), pomenilo, da so storitve zdravstvenega varstva dostopnejše, primernejše in učinkovitejše tudi za osebe iz različnih kulturnih in etničnih skupin in da so zdravstveni delavci vedno bolj kompetentni za obravnavo pacientov iz tovrstnih skupin. Alternativni koncepti, kot so kulturna varnost (Papps in Ramsden v Kirmayer, 2012) in strukturalne kompetence (Metzl in Hansen, 2014), v večji meri kot razvijanje kompetenc poudarjajo socialne, politične in ekonomske okoliščine, ki oblikujejo razlike v družbeni moči in neenakosti v zdravju in zdravstveni obravnavi. V tem oziru se analiza kulturne razlike ne osredotoča na stereotipne portrete pacientkinega_{ovega} »etničnega in kulturnega ozadja«, temveč v večji meri na družbeno moč, družbene položaje in interakcije med lokalnimi svetovi pacientk_{ov} in zdravstvenih delavcev (Kirmayer, 2012; Kirmayer in sod., 2014; Kirmayer in sod., 2015). Način, na katerega strokovnjaki in laična javnost razumejo težave v duševnem zdravju in oblike pomoči, ki so na voljo, odražajo različne oblike vednosti in prakse specifičnih sistemov medicine in zdravljenja, ki so se oblikovale v določenem kulturnem in zgodovinskem kontekstu (Bäarnhielm in sod., 2017; Kirmayer, 2012).

Tovrstno umeščanje duševnih motenj ne le v individualno patologijo, temveč predvsem v družbene strukture moči in sisteme neenakosti, nam lahko pomaga tudi pri preseganju poenostavljenega kategoriziranja »normalnih« in »abnormalnih« reakcij migrantk_{ov} in begunk_{cev}, recimo na izgubo in travmo. Na primeru prevpraševanja koncepta posttravmatske stresne motnje se zlasti med kulturnimi psihiatrinjami_i in v humanističnih in družboslovnih krogih v premislek ponujajo številna vprašanja: ali je lahko postavitev diagnoze posttravmatske stresne motnje oblika patologiziranja in medikaliziranja popolnoma pričakovanega človeškega odziva na izjemne stiske, nadalje se pojavlja dvom o upravičenosti poudarka pomembnosti posttravmatske stresne motnje, saj

ta pogosto naj ne bi povzročala večje oviranosti v vsakdanjem delovanju, opozarjajo na komorbidnost z ostalimi duševnimi motnjami, predvsem depresijo, ki pogosto ostajajo nezdravljene, na prisotnost komorbidnih telesnih bolezni zlasti pri žrtvah mučenja, ki lahko zakrijejo duševne stiske, navsezadnje pa se sprašujejo tudi o možnostih napovedovanja omenjene motnje (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra in Gupta, 2010; Ingleby, 2005). Kot je zapisal Ingleby (2005), so travmatični dogodki vedno »umeščeni v kontekst groženj, negotovosti, deprivacij, zatiranja in trpljenja«.

V takem zagledanju duševnih motenj postanejo pomembni dejavniki, kot so rasizem v smislu ideologije superiornosti in upravičevanja institucionalnih in individualnih praks, ki vzdržujejo družbeno neenakost med rasnimi in etničnimi skupinami. Slednja se ne odraža zgolj na ravni medosebnih odnosov, temveč tudi na ravni institucionalnih formalnih in neformalnih praks, ki lahko vodijo v ekonomsko in socialno prikrajšanost, socialno povzročeno travmo (ki ji je prizadeta_i priča ali jo sam_a izkuša) in občutke nezaupanja v strokovne službe, tudi zdravstvo (Bhugra in Gupta, 2010).

A tovrsten »mehak«, fenomenološko utemeljen pristop v obravnavi duševnih motenj, ki zahteva uporabo (tudi) bolj kvalitativno zasnovanih raziskovalnih metod in se bolj kot na diagnoze in simptome osredotoča na socialne kontekste, pomene in izkušnje bolezni, kar naj bi bila tudi osnova za učinkovitejše nudenje storitev osebam s težavami v duševnem zdravju, v pravnih zadevah, kjer je meja med patološkimi in normalnimi odzivi jasno začrtana, po mnenju Inglebyja (2005) največkrat ni uporaben. Poveden je primer iz Velike Britanije, kjer je bil prosilcu za azil iz Konga azil zavrnjen z utemeljitvijo, da je njegova huda depresija »normalna« in razumljiva reakcija na ločenost od družine in njegove težke življenjske izkušnje. Enako je diagnoza posttravmatske stresne motnje za številne begunke_ce eden od redkih načinov za utemeljevanje pravice do statusa begunke_ca – status žrtve oz. »bolnice_ka« je lahko pravna osnova za pridobitev političnega azila, četudi je tovrstna kategorizacija problematična z vidika socialne integracije teh oseb (Ingleby, 2005).

4 ZAKLJUČEK

Migrantke_ti so nedvomno izpostavljene_i različnim dejavnikom ranljivosti tako pred samo migracijo kot tudi v procesu migracije in v fazi prilagoditve življenju v novih družbah, a hkrati imajo različne strategije spoprijemanja s tovrstnimi dejavniki, zato migracije ne moremo obravnavati kot enoznačnega dejavnika, ki pozitivno ali negativno vpliva na duševno zdravje. Kot nujen element iz-

boljšanega razumevanja nastanka in izkušanja duševnih motenj v kontekstu migracij se poleg samega migracijskega statusa izkazuje upoštevanje mnogoterih dejavnikov, kot so spol, socioekonomski status, spolna usmerjenost, starost, religija, etnična pripadnost itn. Pri tem ni odveč premislek o vprašanju, ali je migracija lahko tudi odgovor na diskriminacije (na podlagi spola, spolne usmeritve, religije ipd.), ki jih posameznice_ki doživljajo v državi izvora in jo v tem smislu lahko obravnavamo tudi kot enega od možnih zaščitnih dejavnikov za doseganje boljšega duševnega zdravja. Vendar prav izpostavljanje določenih »kulturnih značilnosti in specifik« držav, iz katerih prihajajo migrantke_ti in posledično potreba po razvijanju t. i. kulturnih kompetenc strokovnih delavcev, ki so z njimi v stiku, spregleda notranjo raznolikost tako zamišljenih »nacionalnih kultur«. Prav zato se zdi, kot je zapisala Duška Knežević Hočevar (glej prispevek: Prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji), sledeč premislekom medicinskih antropologov in kulturnih psihiatrov, da je treba »zdravljenje simptomov duševnih motenj umestiti v širše družbene in kulturne okoliščine, revščino in zatiralske odnose, ki utegnejo nesorazmerno izpostaviti določene skupine ljudi določenim vzorcem obolenj«. V luči naraščajočih globalnih neenakosti in sprememb, ki v veliki meri pogojujejo tudi vzorce in tokove sodobnih migracij, in hkrati v migrantkam_om vedno manj naklonjeni družbeni klimi v državah priseljevanja je jasno, da proučevanje tematike o duševnem zdravju migrantk_ov zahteva premislek, ki presega zgolj individualne in kulturne značilnosti in posebnosti« posameznic_kov.

Literatura

- Bäärnhielm S, Laban K, Schouler-Ocak, Rousseau C, Kirmayer L. Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcultural Psychiatry*. 2017; 54(5-6): 565–574.
- Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*. 2004; 69: 129–141.
- Bhugra D, Gupta S. Introduction: setting the scene. In: Bhugra D, Gupta S, eds. *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 1–14.
- Castles S, Miller MJ. *The age of migration: International population movements in the modern world*. Houndmills: Macmillan; 1998.
- Dein S, Bhui Singh K. At the crossroads of anthropology and epidemiology: Current research in cultural psychiatry in the UK. *Transcultural Psychiatry*. 2013; 50(6): 769–791.
- Ingleby D. Editor's introduction. In: Ingleby D, ed. *Forced Migration and Mental Health Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Boston: Springer; 2005: 1–27.
- Kirmayer L. Editorial: Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49(2): 149–164.

- Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J. Introduction: The Place of Culture in Mental Health Services. In: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, eds. *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Boston: Springer; 2014: 1–20.
- Kirmayer LJ, Lemelson R in Cummings CA. Introduction: Psychiatry at a Crossroads. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press; 2015: 1–38.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 2008; 23: 14–20.
- Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe, A multi-agency guidance note. UNHCR, IOM, MHPSS.net. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/297576/MH-PSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf (citirano 23. 7. 2019).
- Merrill H. *An alliance of women: Immigration and the politics of race*. Minneapolis, London: University of Minnesota; 2006.
- Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*. 2014; 103: 126–133.
- Paat Y-F, Green R. Mental health of immigrants and refugees seeking legal services on the US-Mexico border. *Transcultural Psychiatry*. 2017; 54(5-6): 783–805.
- Palmer D, Ward K. »Lost«: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*. 2007; 23(3): 198–212.
- Slobodin O, Ghane S, De Jong JTVM. Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: a pilot study. *Intervention*. 2018; 16(2): 86–94.