ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΜΠΑΡΜΠΑΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Α.Μ.: 20170300

ΑΘΗΝΑ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020

POSTGRADUATE STUDY PROGRAM:
"INTERNATIONAL MEDICINE – HEALTH CRISIS MANAGEMENT"

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
MEDICAL SCHOOL OF ATHENS

POSTGRADUATE THESIS:

IMMIGRATION AND THE RISK OF SCHIZOPHRENIA

POSTGRADUATE STUDENT

BARBARI ATHANASIA
RESIDENT PSYCHIATRIST

Registration Number : 20170300

ATHENS
JANUARY 2020

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Μπαρμπαρή Αθανασίας

Εξεταστική Επιτροπή

- ....., Επιβλέπων
- ....., Μέλος
- ....., Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της .....ης ..... 20... για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Μπαρμπαρή Αθανασίας, συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Μπαρμπαρή Αθανασίας με τίτλο: **Μετανάστευση και ο κίνδυνος της Σχιζοφρένειας**, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους ....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- ....., Επιβλέπων (Υπογραφή)
- ....., Μέλος (Υπογραφή)
- ....., Μέλος (Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μετανάστευση, που στην σημερινή εποχή έχει πάρει τρομακτικές διαστάσεις, συνοδεύεται από μία αλληλουχία ψυχοπιεστικών γεγονότων, καθιστώντας τον μετανάστη ψυχικά ευάλωτο. Στο ειδικό μέρος της διπλωματικής διεξήχθη μία αναδρομική έρευνα για τους εισαχθέντες στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής μετανάστες.

Σκοπός: Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης η εύρεση της συσχέτισης της μετανάστευσης με τις ψυχιατρικές διαταραχές και τη σχιζοφρένεια ειδικότερα. Σκοπός της αναδρομικής έρευνας η διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών των μεταναστών που εισάγονται στο Ψ.Ν.Α..και η σύγκρισή τους με τους γηγενείς.

Μέθοδος: Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναζητήθηκαν άρθρα και μελέτες από Φεβρουάριο 2019 μέχρι Ιανουάριο 2020 από βάσεις δεδομένων, όπως Pubmed, Google Scholar, Scopus και στατιστικές και επίσημες εκθέσεις στις ιστοσελίδες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Διεθνή Οργανισμού Μετανάστευσης και της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες. Για την αναδρομική έρευνα μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των εισαχθέντων μεταναστών για τα έτη 2017 και 2018 και μιας ομάδας ελέγχου γηγενών μαρτύρων.

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι οι μετανάστες εμφανίζουν συχνότερα μια πληθώρα ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και σχιζοφρένειας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Από την αναδρομική μελέτη προκύπτει ότι οι μετανάστες εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με τους γηγενείς όσον αφορά ορισμένα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, τη διάγνωση, αλλά και ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Συμπεράσματα: Οι μετανάστες αποτελούν μία ιδιαίτερα επιβαρημένη ομάδα πληθυσμού, με έντονες ετερογένειες, και ως μια τέτοια ομάδα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όσον αφορά τις ανάγκες ψυχικής υγείας. Τέλος απαιτείται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας. Ιδιαίτερα για την Ελλάδα τα στοιχεία όσον αφορά την ψυχική υγεία των μεταναστών είναι περιορισμένα.

Λέξεις Κλειδιά: "immigration", "migration", "schizophrenia", "mental disorders", "migrants", "mental health", είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό.

ABSTRACT

Introduction: Migration, which nowadays has taken huge dimension, is associated with multiple stressors, making the migrant vulnerable to mental health conditions. In the special part of the thesis, a retrospective study was conducted on migrants admitted to the Psychiatric Hospital of Attica.

Purpose: The purpose of the literature review is to find the association of migration with psychiatric disorders and schizophrenia in particular. The purpose of retrospective research is to investigate the mental disorders of migrants admitted to the Psychiatric Hospital of Attica and compare them with the natives.

Method: For the literature review articles and studies were searched from February 2019 to January 2020 in databases like Pubmed, Google Scholar, Scopus and statistics and official reports in the websites of World Health Organization, International Organization for Migration and United Nations High Commissioner for Refugees. For the retrospective study, the medical records of migrants' patients for 2017 and 2018 and a control group of native patents were studied.

Results: The literature review has shown that migrants are more likely to have a variety of mental disorders and schizophrenia as well, in comparison with the general population. The retrospective study has shown that migrants had statistically significant differences compared to their natives, concerning certain socio-demographic data, diagnosis, and clinical features of the disease.

Conclusions: Migrants are a highly burdened population, with a strong heterogeneity, and should be treated as such in terms of mental health needs. Finally, surveys need to be expanded. Particularly for Greece, epidemiological data on the mental health of migrants are limited.

Key words: "immigration", "migration", "schizophrenia", "mental disorders", "migrants", "mental health" either individually or in combination.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Δρ. Κακαλου Ελένη για την εμπιστοσύνη που μου επέδειξε αναλαμβάνοντας την επίβλεψη της εργασίας, για την βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγησή της στην ολοκλήρωση αυτής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την ουσιαστική και καθοριστική συνεισφορά του, τον Επιστημονικά Υπεύθυνο του 4^{ου} Ψυχιατρικού Τμήματος Εισαγωγών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, Συντονιστή Διευθυντή Ψυχίατρο Κόντη Δημήτριο. Θερμές ευχαριστίες στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.), χωρίς την πρόσβαση στα αρχεία του οποίου, η εφαρμογή του ερευνητικού πρωτοκόλλου θα ήταν αδύνατη και ιδιαίτερα για την πολύτιμη βοήθειά του τον υπάλληλο του αρχείου του Ψ.Ν.Α. κ. Κοσμά Βασίλειο.

Τέλος θα ήθελα ευχαριστήσω τα παιδιά και τους γονείς μου για την υπομονή και την στήριξη τους καθ’ όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	11
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	17
Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	23
1.1 Εισαγωγή	23
1.1.1 Ορισμοί	23
1.1.2 Μετανάστευση σε αριθμούς	25
1.2 Τα στάδια της μετανάστευσης και οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών	25
1.2.1 Παράγοντες κινδύνου σε ιδιαίτερες ομάδες πληθυσμού	27
1.3 Συχνότητα ψυχικών διαταραχών σε μετανάστες	28
1.3.1 PTSD και Άγχος	29
1.3.2 Κατάθλιψη	30
1.3.3 Προβλήματα νευρολογικά και χρήσης ουσιών	31
1.3.4 Ψυχωτικές διαταραχές	31
1.3.5 Αυτοκτονία	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	33
2.1 Γενικά	33
2.1.1 Ορισμός	33
2.1.2 Ιστορική αναδρομή	33
2.1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα	35

2.1.3.1 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα	37
2.2 Αιτιολογία	38
2.2.1 Γενετικοί παράγοντες	38
2.2.2 Βιολογικοί παράγοντες	39
2.2.3 Κοινωνικοπεριβαλλοντικοί παράγοντες	40
2.3 Συμπτώματα	41
2.2.1 Θετικά συμπτώματα	41
2.2.2 Αρνητικά συμπτώματα	43
2.2.3 Γνωστικά συμπτώματα	44
2.4 Διαγνωστικά κριτήρια σχιζοφρένειας κατά DSM-V	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	46
3.1 Η μετανάστευση ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της σχιζοφρένειας	46
3.2 Υποθέσεις για τα αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας στους μετανάστες	46
3.2.1 Η υπόθεση της βιολογικής ευαλωτότητας	47
3.2.2 Η υπόθεση της επιλεκτικής μετανάστευσης	47
3.2.3 Η υπόθεση της κοινωνικής παραμόρφωσης	48
3.2.4 Η υπόθεση των ψυχολογικών παραγόντων	49
3.2.5 Η υπόθεση της εσφαλμένης διάγνωσης	50
3.2.6 Η υπόθεση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών	50
3.3 Εμπόδια στην περίθαλψη ψυχικής υγείας των μεταναστών	51
3.4 Καλές πρακτικές για την παροχή ψυχικής υγείας	52
3.5 Ψυχική υγεία μεταναστών στην Ελλάδα	54
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	57
1. Σκοπός της μελέτης	59
2. Μέθοδος	59

2.1 Διαδικασία – Υλικό	59
2.2 Στατιστική ανάλυση	60
3. Αποτελέσματα	60
3.1 Δημογραφικά στοιχεία	60
3.2 Διάγνωση εξιτηρίου	64
3.3 Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου	67
3.4 Εθνική προέλευση νοσηλευομένων μεταναστών	70
3.5 Μεταναστευτικά χαρακτηριστικά	71
4. Συμπεράσματα	73
4.1 Συμπεράσματα σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία	73
4.2 Συμπεράσματα όσον αφορά τη διάγνωση εξιτηρίου	74
4.3 Συμπεράσματα σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου	74
4.4 Συμπεράσματα όσον αφορά την εθνική προέλευση των μεταναστών	75
4.5 Συμπεράσματα σχετικά με τα μεταναστευτικά χαρακτηριστικά	75
5. Συζήτηση	75
6. Περιορισμοί της μελέτης	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	89
Φύλλο καταγραφής στοιχείων ασθενή	89

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

"…Κι είδα έναν Άραβα μικρό, σημαδεμένο

έφεγγαν χέρια, πρόσωπο, μάτια κι ήταν όλος

χιλιάδες που άφηναν τη γη τους κι επιστρέφανε

μέσα στην άμμο, σε σκηνές, στο άσπρο φως.

Κι όταν μιλούσε δάκρυζε η φωνή και όλο ικέτευε

για κάποια θέση στη ζωή ή έστω αντίσταση

στο θάνατο που ερχότανε αργά και τον ρουφούσε…"

Νίκος – Αλέξης Ασλάνογλου

Ποίημα «Πρόσφυγες στην Άμμο»

Από την ποιητική συλλογή : "Ο θάνατος του Μύρωνα "(1960)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση του σύγχρονου ανθρώπου είναι μια διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα δεκάδες χιλιάδες χρόνια τώρα. Στην σημερινή εποχή όμως και με τη βοήθεια των αυξημένων δυνατοτήτων επικοινωνίας και μετακίνησης που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία, η μετανάστευση έχει πλέον λάβει μεγάλες διαστάσεις. Ολοένα και περισσότεροι είναι οι άνθρωποι, οι οποίοι εγκαταλείπουν την χώρα καταγωγής τους, προκειμένου να αποφύγουν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, πολεμικές συρράξεις και διώξεις. Πολλοί είναι επίσης εκείνοι, οι οποίοι επιλέγουν να μεταναστεύσουν προκειμένου να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους, να βρουν εργασία, ή να σπουδάσουν. Άλλοι πάλι αναγκάζονται να μεταναστεύσουν λόγω φυσικών καταστροφών, πείνας ή υπερβολικής φτώχειας.

Πρόκειται για μία ομάδα πληθυσμού με ιδιαίτερες ανάγκες, η οποία δέχεται ή θα έπρεπε να δέχεται και ιδιαίτερη φροντίδα από τις χώρες υποδοχής. Επιλέχθηκε λοιπόν αυτό το θέμα της διπλωματικής εργασίας, επειδή η Ελλάδα αποτελεί στις μέρες μας μία χώρα υποδοχής για έναν πολύ μεγάλο αριθμό μεταναστών, προκειμένου να διερευνηθεί ένα τμήμα των αναγκών τους, αυτό της ψυχικής τους υγείας. Οι μετανάστες εκτίθενται σε ιδιαίτερα αγχωτικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης και της επανεγκατάστασης στη νέα χώρα, που τους καθιστούν επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Έχει ήδη τεκμηριωθεί μέσω ερευνών ότι οι μετανάστες εμφανίζουν σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κοινών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη και μετατραυματική διαταραχή στρες, αλλά και σοβαρότερων ψυχιατρικών νοσημάτων, όπως σχιζοφρένεια.

Αντικείμενο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) αποτελούσαν μεταξύ άλλων, οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, αλλά και η παροχή πρώτων βοηθειών ψυχικής υγείας, όποτε το θέμα της διπλωματικής εργασίας είναι άμεσα συνυφασμένο με το Π.Μ.Σ..

Στο γενικό μέρος της διπλωματικής εργασίας γίνεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση της μετανάστευσης με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες και ιδιαίτερα με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Καταρχήν προσδιορίστηκαν οι βάσεις δεδομένων από τις οποίες αντλήθηκαν οι πληροφορίες και συγκεκριμένα:

- ✓ Ηλεκτρονικές ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες (Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, Hellenic Academic Libraries www.heal-link.gr)

- ✓ Διεθνείς ψηφιακές βάσεις ερευνητικού υλικού, όπως Scopus (www.scopus.com) και Pubmed (www.pubmed.com)
- ✓ Μηχανή αναζήτησης ερευνητικών εργασιών στο διαδίκτυο Google Scholar (www.googlescholar.gr)
- ✓ Μηχανή αναζήτησης στο διαδίκτυο (Google www.google.gr) για εύρεση στατιστικών και επίσημων εκθέσεων στις ιστοσελίδες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Διεθνή Οργανισμού Μετανάστευσης και της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες.

Στη συνέχεια χρησιμοποιώντας τις λέξεις – κλειδιά, μεμονωμένα αλλά και σε συνδυασμό, έγινε αναζήτηση των κατάλληλων πηγών. Συγκεντρώθηκε ένας μεγάλος αριθμός άρθρων και βιβλίων, από τα οποία επιλέχθηκαν τα πλέον κατάλληλα, μετά από κριτική θεώρηση, λαμβάνοντας υπόψη τη συνάφειά τους με το θέμα της διπλωματικής, αλλά και την αξιοπιστία της πηγής.

Έτσι διαμορφώθηκε το Γενικό Μέρος της παρούσας διπλωματικής εργασίας, το οποίο αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Σε αυτό παρουσιάζονται με κριτικό τρόπο αποτελέσματα δημοσιευμένων ερευνών που έχουν διεξαχθεί όσον αφορά τη μετανάστευση και με ποιο τρόπο δύναται αυτή να συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και σχιζοφρένειας ειδικότερα. Αναλυτικότερα, το 1^{ο} Κεφάλαιο ασχολείται με τη μετανάστευση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, αυτά που δύναται να συμβάλλουν στην εμφάνιση των ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ αναφέρονται έρευνες και ποσοστά εμφάνισης για τις κυριότερες ψυχιατρικές διαταραχές των μεταναστών. Στο 2^{ο} Κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στην σχιζοφρένεια, την ιστορική αναδρομή αυτής, των επιδημιολογικών δεδομένων της, τις πιθανές αιτίες εμφάνισης αυτής, των συμπτωμάτων της και τέλος των κριτηρίων για τη διάγνωσή της. Στο 3^{ο} Κεφάλαιο αναπτύσσονται όλες εκείνες οι θεωρίες στις οποίες κατά καιρούς αποδίδονται τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης σχιζοφρένειας στους μετανάστες, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αναφέρονται επίσης τα εμπόδια όσον αφορά την περίθαλψη ψυχικής υγείας των μεταναστών, καθώς και μια σειρά καλών πρακτικών οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται για την παροχή ικανοποιητικής φροντίδας ψυχικής υγείας.

Πέρα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στο Ειδικό Μέρος της διπλωματικής διεξήχθη μια αναδρομική μελέτη για το χρονικό διάστημα από 01/01/2017 έως και 31/12/2018, μελετήθηκαν τα καταγραφέντα στοιχεία για το σύνολο των εισαχθέντων μεταναστών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.), καθώς και για μια αντίστοιχη ομάδα ελέγχου Ελλήνων ιθαγενών ασθενών που εισάγονται την ίδια μέρα με τον μετανάστη. Διερευνήθηκαν οι κυριότερες ψυχικές διαταραχές των μεταναστών, η

συχνότητα εμφάνισής τους και τα τυχόν ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά τους. Επίσης διερευνήθηκε αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ μεταναστών και ιθαγενούς πληθυσμού, ως προς τη διάγνωση, τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Η μελέτη αναμένεται να συμβάλει στην αναγνώριση των ιδιαίτερων αναγκών ψυχικής υγείας των μεταναστών που εισέρχονται στην Ελλάδα, ώστε στη συνέχεια να βελτιωθούν οι υπηρεσίες που παρέχονται στους μετανάστες ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Οι υπηρεσίες αυτές χρειάζεται να είναι ικανές να παρέχουν πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας, να αντιμετωπίζουν κοινές ψυχικές διαταραχές, αλλά και σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Η μελέτη στοχεύει να συμβάλει στην αφύπνιση των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι οφείλουν να εξοικειωθούν με την αναγνώριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του μετανάστη.

Τα στοιχεία στην Ελλάδα όσον αφορά τη ψυχική υγεία των μεταναστών είναι περιορισμένα. Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για την ψυχική υγεία των μειονοτήτων, καθιστούν και την παροχή ικανοποιητικής ψυχιατρικής φροντίδας σε μεταναστευτικούς και μειονοτικούς πληθυσμούς ανέφικτη.

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση αποτελεί κεντρικό φαινόμενο στην ιστορία της ανθρωπότητας και για το λόγο αυτό έχει διατυπωθεί η άποψη ότι «η ιστορία της ανθρωπότητας είναι η ιστορία της μετανάστευσης» [(1)].

Η μετανάστευση του Homo sapiens από την Αφρική στην Ευρασία χρονολογείται πριν από 60.000 χρόνια [(2)]. «Ο homo sapiens είναι από τη φύση του μετανάστης και μιγάδας. Ανήκει στο μοναδικό ζωντανό είδος που δεν έπαψε από την αρχή της ύπαρξής του να επιμειγνύεται, όπως δεν έπαψε να μετακινείται» [(3)]. Αποτελεί ένα φαινόμενο με πολλές ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές διαστάσεις, καθώς συμβάλλει στην πολυμορφία των πολιτισμών. Αποτελεί όμως και έναν έντονα αγχογόνο παράγοντα και τα άτομα που μεταναστεύουν βιώνουν πολλαπλό στρες, το οποίο μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς όχι μόνο τη σωματική, αλλά και την ψυχική τους υγεία [(4)].

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Μετανάστευση είναι η μόνιμη ή προσωρινή μετακίνηση ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας σε έναν τόπο, του οποίου δεν έχουν την ιθαγένεια, προκειμένου να εγκατασταθούν εκεί. Ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής και παραμονής των ατόμων, η μετανάστευση διακρίνεται σε νόμιμη, στην περίπτωση που έχουν τα απαιτούμενα έγγραφα και παράνομη, στην περίπτωση που δεν είναι εφοδιασμένα με τα απαραίτητα δικαιολογητικά [(5)].

Έχουν γίνει προσπάθειες να κατηγοριοποιηθούν τα μεταναστευτικά φαινόμενα ανάλογα με:

α) το κράτος ως γεωγραφική περιοχή (εσωτερική / διεθνής μετανάστευση)

β) τη διάρκεια παραμονής (μόνιμη >1 έτους/ προσωρινή)

γ) το μέγεθος του μετακινούμενου πληθυσμού (ατομική / οικογενειακή / ομαδική / μαζική)

δ) την πρόθεση μετανάστευσης (εκούσια / αναγκαστική / βίαιη)

ε) το κίνητρο (οικονομικό / εκπαιδευτικό / εργασιακό)

στ) την εξάρτηση από τους παράγοντες της φύσης (αρχαϊκή - εξάντληση φυσικών πόρων / σύγχρονη – οικονομικούς λόγους).

Οι παραπάνω κατηγορίες δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες. Μία μεταναστευτική κίνηση δύναται να ανήκει ταυτόχρονα σε περισσότερες από μία κατηγορίες, εξαρτάται από το πρίσμα που ελέγχεται [(5)].

Όσον αφορά τον ορισμό του πρόσφυγα, σύμφωνα με τη Διεθνή Σύμβαση της Γενεύης του 1951 και το Πρωτόκολλο του 1967, "πρόσφυγας" ονομάζεται το πρόσωπο εκείνο που από δικαιολογημένο φόβο δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεων, βρίσκεται εκτός της χώρας του οποίου είναι υπήκοος και δεν μπορεί ή, για το λόγο αυτό, δεν επιθυμεί να απολαύει της προστασίας αυτής της χώρας · εάν δεν έχει κάποια ιθαγένεια και είναι συνέπεια των ανωτέρω γεγονότων εκτός της χώρας της συνήθους διαμονής του, δεν μπορεί ή, λόγω αυτού του φόβου, δεν επιθυμεί να επιστρέψει σ 'αυτή. Τα κράτη μέλη πρέπει να προστατεύουν τους πρόσφυγες και να εφαρμόζουν την αρχή της μη επιστροφής [(6)].

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ο ορισμός του ασύλου, που είναι η προστασία που δίνεται από ένα κράτος σε οποιονδήποτε αναγκάζεται να φύγει από τη χώρα του, επειδή διώκεται για έναν τουλάχιστον από τους λόγους που αναφέρονται στον ορισμό του πρόσφυγα και φοβάται να επιστρέψει σε αυτήν. Η προστασία του ασύλου είναι συνυφασμένη με το καθεστώς του πρόσφυγα και αποτελεί υποχρέωση της κάθε χώρας σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις [(7)].

Η Σύμβαση της Γενεύης έχει υιοθετηθεί από την Ελληνική νομοθεσία, όπως ακριβώς και από τους Κανονισμούς και τις Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αποτελούν νόμο για την Ελλάδα [(7)].

Εκτός από το άσυλο υπάρχει το καθεστώς της επικουρικής προστασίας, η οποία χορηγείται σε όσους κινδυνεύουν από σοβαρή βλάβη, όπως θανατική ποινή, εκτέλεση, βασανιστήρια, βία έναντι αμάχων σε καταστάσεις ένοπλης σύρραξης διεθνούς ή εσωτερικής στη χώρα καταγωγής τους. Το άσυλο και η επικουρική προστασία συμπεριλαμβάνονται στον όρο «Καθεστώς Διεθνούς Προστασίας» [(7)].

Συνήθως οι πρόσφυγες ή αλλιώς οι «εξαναγκασμένοι μετανάστες» δεν μπορούν να προγραμματίσουν τη διαδικασία της μετανάστευσης ούτε πρακτικά ούτε ψυχολογικά. Ο πόλεμος, τα βασανιστήρια, ο βιασμός, οι δολοφονίες και οι φυλακίσεις είναι συχνά οι τραυματικές εμπειρίες στις οποίες εκτέθηκαν και τους ανάγκασαν να φύγουν από τη χώρα τους [(8)].

Από την άλλη πλευρά, ο "μετανάστης" ονομάζεται γενικά άτομο που εγκαταλείπει την πατρίδα, είτε επειδή αναγκάζεται (π.χ. αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες), είτε λόγω της επιθυμίας του για αλλαγή ή περιπέτεια ή για οικογενειακούς ή άλλους προσωπικούς λόγους [(9)]. Συνήθως όμως μετανάστες θεωρούνται οι άνθρωποι που εγκαταλείπουν τις

χώρες τους για να βελτιώσουν τη συνολική ποιότητα της ζωής τους, να βρουν δουλειά, εκπαίδευση κ.λπ. Μπορεί επίσης να χρειαστεί να φύγουν, λόγω δυσκολιών, όπως φυσικές καταστροφές, πείνα ή ακραία φτώχεια. Δεν υπάρχει όμως ένας διεθνώς συμφωνημένος ορισμός για τον μετανάστη [10]. Σύμφωνα με την Υπηρεσία Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων του ΟΗΕ «διεθνής μετανάστης είναι όποιος αλλάζει τον τόπο συνήθους κατοικίας του/της, ανεξαρτήτως του λόγου μετανάστευσης ή του νομικού καθεστώτος» [11].

Η διάκριση μεταξύ οικονομικών μεταναστών και προσφύγων δεν είναι εύκολη διαδικασία, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται οι ίδιοι δρόμοι εισόδου στην χώρα, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα. Συχνά μάλιστα στερούνται εγγράφων νομιμοποιητικών ή ταυτοποίησης, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η εξακρίβωση της ανάγκης για χορήγηση διεθνούς προστασίας ή μη [7].

1.1.2 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ

Η μετανάστευση είναι μια διαδικασία που γίνεται εδώ και χιλιάδες χρόνια. Αλλά σήμερα έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις. Υπάρχει προοδευτική αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που εγκαταλείπουν τις πατρίδες τους λόγω παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συγκρούσεων και διώξεων [12][13].

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες, περίπου 70,8 εκατομμύρια άνθρωποι εκτοπίζονται βιαίως, συμπεριλαμβανομένων 25,9 εκατομμυρίων προσφύγων και 3,5 εκατομμυρίων αιτούντων άσυλο. Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότεροι από τους μισούς των προσφύγων είναι μικρότεροι των 18 ετών. Κάθε μέρα 37.000 άνθρωποι αναγκάζονται να φύγουν μακριά από τα σπίτια τους. Παγκοσμίως κάθε 2 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος αναγκάζεται να εγκαταλείψει την πατρίδα του λόγω πολεμικών συγκρούσεων ή δίωξης. Συνολικά το 57% των προσφύγων παγκοσμίως προέρχεται από τρεις χώρες: το Νότιο Σουδάν (2,3 εκατομμύρια), το Αφγανιστάν (2,7 εκατομμύρια) και τη Συρία (6,7 εκατομμύρια) [14].

1.2 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η μετανάστευση ανεξάρτητα από κατηγοριοποιήσεις και αιτίες υποβάλει το άτομο σε μια σειρά από ψυχοπιεστικούς παράγοντες, οι οποίοι δύναται να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχική του υγεία. Η διαδικασία της μετανάστευσης αποτελείται από τρία

στάδια: πριν την μετανάστευση, κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης και το στάδιο της προσαρμογής στη χώρα υποδοχής [12][15]. Το κάθε στάδιο σχετίζεται με πολλαπλούς στρεσσογόνους παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών [12][13][16][17]. Ο μετανάστης έρχεται συνεχώς αντιμέτωπος με δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη διάρκεια των σταδίων αυτών [18]. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι το 30-60% όλων των μεταναστών στην Ευρώπη έχουν βιώσει σοβαρή βία τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της μετανάστευσής τους [8].

Στην περίοδο της προετοιμασίας, που προηγείται της μετανάστευσης, ο μετανάστης βιώνει τη διαταραχή της κοινωνικής υποστήριξης, του κοινωνικού ρόλου του και τον αποχωρισμό από την οικογένειά του [15]. Σε ορισμένες περιπτώσεις βιώνει και τραύμα, λόγω πολιτικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων, ή ακόμα χειρότερα βιώνει τραυματικές εμπειρίες, όπως πόλεμος, φυλάκιση, βασανιστήρια, βιασμός [8], ενώ συχνά έρχεται αντιμέτωπος με υπερβολική φτώχια, έλλειψη φαγητού, νερού και άλλων βασικών αναγκών [12].

Η έκθεση στη βία και σε τραυματικές εμπειρίες όπως πόλεμος, φυλάκιση, βασανιστήρια, βιασμός, επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών [8][13]. Ενώ ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων αποτελεί ισχυρό παράγοντα εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες - PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) [8]. Η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών στους πρόσφυγες από το Θιβέτ, οι οποίοι αναφέρουν ότι υπέστησαν βασανιστήρια, είναι αξιοσημείωτα υψηλή σε σύγκριση με πρόσφυγες από άλλες περιοχές [19].

Η περίοδος κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης μπορεί επίσης να συνεπάγεται αγχωτικές εμπειρίες και απειλητικές για τη ζωή συνθήκες. Κατά τη διάρκεια των ταξιδιών ο μετανάστης χρησιμοποιεί μη ασφαλή σκάφη για να διασχίσει θάλασσες, αναγκάζεται να παραμείνει για καιρό σε αμαξοστοιχίες ή φορτηγά [12][18], εκτίθεται σε βία, μολυσματικές ασθένειες, εμπορία ανθρώπων, έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο αγαπημένων του προσώπων [12], υπόκεινται σε βασανιστήρια [13], οι οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις διακόπτονται, τα παιδιά βιώνουν το χωρισμό από τους γονείς - φροντιστές τους [15].

Κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης, οι περισσότεροι περνούν κατά μέσο όρο πάνω από τρία χρόνια, σε προσφυγικό οικισμό, έναν τόπο όπου η ασφάλεια δεν ήταν εγγυημένη, με αποτέλεσμα πολλά τραυματικά γεγονότα να λάβουν χώρα [20].

Όμως και η περίοδος της εγκατάστασης του μετανάστη στη χώρα υποδοχής δεν είναι εύκολη. Οι μετανάστες αντιμετωπίζουν δυσκολία με τη γλώσσα, την προσαρμογή σε έναν άλλον τρόπο ζωής, την υιοθέτηση μιας άλλης κουλτούρας, την ανεργία, τη διάκριση

και τον ρατσισμό [15]. Στο Βέλγιο για το έτος 1998 οι μετανάστες που εμφανίζουν ψυχωτικές διαταραχές ζουν συνήθως με την πατρική οικογένεια και έχουν μικρότερα ποσοστά απασχόλησης από τους γηγενείς ψυχιατρικά ασθενείς [21]. Οι Πακιστανοί μετανάστες στο Όσλο εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχικής δυσφορίας σε σύγκριση με τους γηγενείς Νορβηγούς, και χαμηλότερα ποσοστά εκπαίδευσης και απασχόλησης, ενώ κάνουν λόγο για χαμηλή κοινωνική υποστήριξη [22].

Συχνά το κύριο αίσθημα που καταβάλει τους μετανάστες είναι ότι δεν ανήκουν πουθενά [16]. Υπάρχουν μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες μετανάστες με αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας παρουσιάζουν έντονη κοινωνική μειονεξία: υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, περισσότερες μονογονεϊκές οικογένειες, μοναχική διαβίωση, απομάκρυνση παιδιών από γονείς [23].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει έρευνα στους μετανάστες από τη Αϊτή στη Δομινικανή Δημοκρατία όπου οι παντρεμένοι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους, ενώ όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που περιλαμβάνει η οικογένειά τους, αυξάνονται και τα ποσοστά της ψυχικής δυσφορίας [24].

1.2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ιδιαίτερα για τα παιδιά η μετανάστευση είναι μια πραγματικά αγχωτική διαδικασία και έχει αρνητική επίδραση στην ψυχική τους ευημερία, όταν διαχωρίζονται από τους φροντιστές τους, όταν έχουν χάσει έναν γονέα, όταν το μεγαλύτερο παιδί πρέπει να αναλάβει τη φροντίδα των μικρότερων παιδιών, όταν βλέπουν καθημερινά την γονική απελπισία, τον φόβο και την αβεβαιότητα για το μέλλον [18]. Τα παιδιά ενδέχεται να αντιμετωπίζουν καθημερινά διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό στο σχολείο, δυσκολίες στην εκπαίδευση στη νέα γλώσσα [15].

Ιδίως τα παιδιά και οι έφηβοι πρόσφυγες, που εκτίθενται ή παρακολουθούν σκληρότητες πολέμου, κινδυνεύουν να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές [25]. Ενώ ο φόβος της απέλασης για τα παιδιά χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα αποτελεί μία πρόσθετη πηγή χρόνιου άγχους [17].

Μια μελέτη σε παιδιά πρόσφυγες ηλικίας 5 - 18 ετών που ζουν στην Τουρκία και προέρχονται από Συρία, Ιράκ, Ιράν και Αφγανιστάν έδειξε ότι το 49,4% αυτών είχαν ψυχικές διαταραχές. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στα μεγαλύτερα παιδιά [18]. Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι που διέμεναν στο Yezidi και έπρεπε να φύγουν στην Τουρκία λόγω επικίνδυνων για τη ζωή επιθέσεων του ISIS, εμφάνισαν ψυχιατρικά προβλήματα.

Συγκεκριμένα το 50% αυτών είχε ένα, και το 50% είχε περισσότερα από ένα. Τα πιο συχνά ήταν: διαταραχές ύπνου (71% των παιδιών), κατάθλιψη (36,8%), διαταραχές μετατραυματικού στρες (PTSD 10,5%), άγχος, σωματικά προβλήματα όπως η μη οργανική ενούρηση [25]. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά προσφύγων που είδαν έναν νεκρό ή τραυματία είναι πιθανότερο κατά 7,1 φορές να εμφανίσουν μία ψυχιατρική διαταραχή [18]. Σε άλλες μελέτες, μετανάστες πριν την ηλικία των 12 ετών είχαν ποσοστά παρόμοια με εκείνα του πληθυσμού υποδοχής [15].

Μια μετανάλυση 7.920 παιδιών με τραυματικές εμπειρίες από πόλεμο διαπίστωσε ότι 47% είχαν PTSD, 43% είχαν κατάθλιψη και 35% είχαν διαταραχή άγχους. Άλλες μελέτες έδειξαν επίσης ότι η PTSD ήταν η συνηθέστερη διάγνωση μεταξύ των παιδιών προσφύγων. Σε άλλη αντίστοιχη μελέτη στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι 30% είχαν συμπτώματα PTSD, 26,8% άγχος, 26,8% ψυχοσωματικά συμπτώματα και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς [18].

Οι ανασκοπήσεις Bronstein και Montgomery διαπίστωσαν ότι το ποσοστό επιπολασμού PTSD στα παιδιά κυμαίνεται από 19% έως 54% και το ποσοστό για την κατάθλιψη από 3% έως 30% [18].

Οι ηλικιωμένοι αν και αποτελούν μικρότερο ποσοστό των προσφύγων, είναι επίσης μια ειδική ομάδα με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Συνήθως φθάνουν αργότερα, όταν η υπόλοιπη οικογένεια έχει ήδη επανεγκατασταθεί, αυτό μπορεί να σημαίνει χαμηλότερα ποσοστά εκμάθησης της γλώσσας και λόγω αυτού αυξημένη εξάρτηση από άλλους [15].

Έχουν να αντιμετωπίσουν όλους τους παράγοντες κινδύνου που αντιμετωπίζουν οι νεότεροι, και εκτός αυτών, λιγότερη εκπαίδευση, λιγότερες ευκαιρίες για εργασία, ανεργία, έλλειψη κοινωνικής στήριξης, διαχωρισμό από την εκτεταμένη οικογένεια και απώλεια της ιδιότητας του σεβαστού γέροντος στο νέο πολιτιστικό πλαίσιο. Επιπλέον, πρέπει να αντιμετωπίσουν προβλήματα που συνοδεύουν την ηλικία τους, όπως οι χρόνιες ασθένειες (καρδιακές παθήσεις, διαβήτης, άσθμα), χηρεία ή διαζύγιο, κοινωνική απομόνωση [15].

1.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Εξαιτίας των στρεσσογόνων συνθηκών οι οποίες σχετίζονται με την μετανάστευση, οι μετανάστες είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων [26][27], και εμφανίζουν συχνότερα μια πληθώρα ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [15][26], όπως συναισθηματικές διαταραχές, ψυχοσωματικά συμπτώματα και κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά [17], διαταραχές χρήσης ουσιών [15][26]. Το στρες και το τραύμα

σχετίζονται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, όπως είναι η μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD) [15][26], η κατάθλιψη, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι απόπειρες αυτοκτονίας [28][29].

Στις διάφορες μελέτες υπάρχει ένα ευρύ φάσμα όσον αφορά τα ποσοστά επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών μεταξύ διαφορετικών ομάδων μεταναστών, αναλόγως της χώρας προέλευσης, αλλά και της χώρας υποδοχής [12][13][30]. Οι μετανάστες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τα χαρακτηριστικά [12], τον πολιτισμό, τις αιτίες μετανάστευσης, τη διάρκεια διαμονής στη χώρα υποδοχής [13]. Η έκθεση στους στρεσσογόνους παράγοντες της μετανάστευσης είναι διαφορετική ως προς τη σοβαρότητα και τη διάρκεια για τον κάθε μετανάστη [13]. Τραυματικά γεγονότα, όπως βασανιστήρια και έκθεση στον πόλεμο, βιώνονται δυσανάλογα [26], ο κάθε μετανάστης εκτίθεται σε διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου και εγκαθίσταται σε περισσότερο ή λιγότερο υποστηρικτική χώρα υποδοχής [12].

Η πολύπλοκη αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην οικοδόμηση της συμπεριφοράς και της ψυχικής υγείας των ατόμων [13].

Μελέτες από τον Καναδά έδειξαν αυξημένο κίνδυνο προγεννητικής και μεταγεννητικής κατάθλιψης στους μετανάστες σε σύγκριση με τους μη μετανάστες. Από την άλλη πλευρά, μελέτες από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία δεν έδειξαν καμία συσχέτιση μεταξύ μεταναστών και μεταγεννητικής κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ετερογένεια μεταξύ των μελετών και των διαφόρων πληθυσμών [31]. Η υψηλή μεταβλητότητα των ευρημάτων μπορεί να αντικατοπτρίζει τις διαφορές στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε μια μελέτη, την ποιότητά της και τον τύπο της μεθόδου έρευνας [12].

1.3.1 PTSD ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Το PTSD είναι στην πραγματικότητα η καλύτερα μελετημένη διαταραχή και είναι 10 φορές πιο πιθανή στους πρόσφυγες σε σύγκριση με τους γηγενείς πληθυσμούς [15][32]. Ο επιπολασμός του στους πρόσφυγες κυμαίνεται από 3% έως 86% [8][32]. Οι Fazel και συνεργάτες διαπίστωσαν ότι 1 στους 10 ενήλικες πρόσφυγες στις δυτικές χώρες έχουν PTSD, ενώ 1 στους 25 έχει διαταραχή άγχους. Ο επιπολασμός του PTSD σε ενήλικες πρόσφυγες ήταν 9% και ο επιπολασμός του σε παιδιά προσφύγων ήταν 11% [32].

Σε μια ανασκόπηση 29 μελετών, που αφορούσαν πρόσφυγες που επηρεάστηκαν από τον πόλεμο, τα ποσοστά επικράτησης της PTSD κυμαίνονταν από 4,4% έως 86%, ενώ η διαταραχή άγχους κυμαινόταν από 20,3% έως 88% [30]. Ο Turrini και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά του PTSD ήταν από 9% έως 36% και το άγχος από 4% έως 40% [13].

Το PTSD είναι η μόνη ψυχιατρική διαταραχή που απαιτεί την έκθεση σε ένα εξαιρετικά τραυματικό συμβάν, συνήθως πολεμικό τραύμα, πριν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα για τη διάγνωση. Γενικά, οι παράγοντες κινδύνου για το PTSD είναι θύματα βίας (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί, σεξουαλικές βιαιοπραγίες, ένοπλες συγκρούσεις), οικονομικές δυσκολίες, μοναξιά, κακή κοινωνική δικτύωση, κοινωνικοοικονομική και πολιτική αστάθεια, ανεργία, έλλειψη νόμιμης μετανάστευσης και άλλους παράγοντες [16]. Το PTSD είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από τραυματικές αντιδράσεις και συναισθηματική ανικανότητα, γι 'αυτό μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την κατάχρηση ουσιών και την αυτοκτονία [32]. Η έκθεση σε βασανιστήρια είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση του PTSD [8][15][28]. Μελέτη έδειξε ότι οι χρήστες Υπηρεσιών Υγείας με PTSD είχαν περισσότερες τραυματικές εμπειρίες σε σύγκριση με αυτούς χωρίς PTSD. Ο αριθμός των τραυματικών επεισοδίων μάλιστα φάνηκε να βρίσκεται σε μεγάλη συσχέτιση για την ανάπτυξη της PTSD [8]. Πρόσφυγες από τη Ρουάντα σε καταυλισμό Αφρικανών προσφύγων είχαν κατά μέσο όρο 8,86 τραυματικά γεγονότα και ένα ποσοστό επιπολασμού 32% για PTSD. Στον ίδιο καταυλισμό οι Σομαλοί πρόσφυγες είχαν κατά μέσο όρο 11,95 τραυματικά γεγονότα και το ποσοστό επιπολασμού για PTSD ανέρχεται στο 48,1%. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των τραυματικών εμπειριών, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανάπτυξης PTSD [20].

Μια άλλη μελέτη που συνέκρινε γηγενείς Ιρλανδές μητέρες, ομάδα μεταναστών μητέρων και ομάδα προσφύγων μητέρων, διαπίστωσε ότι το ποσοστό του PTSD ήταν 6,1% στην πρώτη ομάδα, 32,8% στη δεύτερη και 46,9% στην τελευταία. Η διαφορά αυτή στα ποσοστά πιθανόν να αντικατοπτρίζει την επίδραση των τραυματικών γεγονότων εξαιτίας των πολέμων [8].

1.3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης σε ενήλικους πρόσφυγες κυμαίνεται από 3% έως 80%. Ο Fazel και οι συνάδελφοί του διαπίστωσαν ότι 1 στους 20 πρόσφυγες υπέφερε από κατάθλιψη στο δείγμα 7000 προσφύγων (ποσοστό επικράτησης 5%) [12][32]. Το ποσοστό επικράτησης σε πρόσφυγες που πλήττονται από τον πόλεμο κυμάνθηκε από

2,3% έως 80% [30]. Παρόλο που οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, η Turrini και οι συνεργάτες της διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη ήταν τουλάχιστον τόσο συχνή όσο η PTSD, φτάνοντας το 44% (6% - 44%) των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων [13].

1.3.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Οι πρόσφυγες, ιδίως εκείνοι στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο όχι μόνο για ψυχικά και νευρολογικά προβλήματα, αλλά και για προβλήματα χρήσης ουσιών. Οι πληθυσμοί προσφύγων ενδέχεται να διατρέχουν κίνδυνο για επιληψία λόγω εγκεφαλικού τραύματος, λοίμωξης και κακής διατροφής [29].

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με προβλήματα χρήσης ουσιών στους πρόσφυγες διεξήχθησαν εκτός Ευρώπης, λίγες μόνο διεξήχθησαν σε χώρες υποδοχής στη Δυτική Ευρώπη [12].

1.3.4 ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι πρόσφυγες έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η PTSD και οι κοινές ψυχικές διαταραχές, λίγα όμως είναι γνωστά για τις ψυχωτικές διαταραχές.

Μια μελέτη κοόρτης 1,3 εκατομμυρίων ατόμων στη Σουηδία έδειξε ότι το ποσοστό επίπτωσης της σχιζοφρένειας και άλλων μη συναισθηματικών ψυχωτικών διαταραχών ήταν 66% υψηλότερο στους πρόσφυγες σε σύγκριση με τους μη πρόσφυγες μετανάστες και ήταν τρεις φορές πιθανότερο για τους μετανάστες να εμφανίσουν σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό. Τα ποσοστά αυτά ήταν εμφανή τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες, αν και στους άντρες ήταν υψηλότερα. Εξαίρεση ήταν οι άνθρωποι από την υποσαχάρια Αφρική, για τους οποίους τα ποσοστά στους πρόσφυγες και στους μη πρόσφυγες μετανάστες ήταν τόσο υψηλά όσο και του πληθυσμού της Σουηδίας. Η διάγνωση της ψύχωσης είναι 1,66 φορές πιο πιθανή στους πρόσφυγες από τους άλλους μετανάστες [33].

Επιπλέον, σε μια καναδική μελέτη κοόρτης βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος σχιζοφρένειας στους πρόσφυγες σε σύγκριση με άλλους μετανάστες. Μια άλλη μελέτη από τη Δανία έδειξε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης σε πρόσφυγες σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό της Δανίας [33]. Υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας έχουν βρεθεί για

μετανάστες στην Ολλανδία που προέρχονται από το Σουρινάμ, τις Ολλανδικές Αντίλλες και το Μαρόκο [34]. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας για τους μετανάστες στην Ολλανδία γεννημένους στο Σουρινάμ, σε σύγκριση με αυτούς που γεννήθηκαν και έζησαν στο Σουρινάμ ήταν 1,46 [35].

Παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση ψύχωσης είναι ο τραυματισμός, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα, οι διακρίσεις και η κοινωνική απομόνωση [16][33]. Η εχθρότητα, η απειλή και η βία προκαλούν περισσότερη παράνοια και αυταπάτες. Επιπλέον, οι μετανάστες που βρίσκονται στις λιγότερο επιτυχημένες και πιο διακριτές ομάδες έχουν υψηλότερο κίνδυνο σχιζοφρένειας [16].

1.3.5 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Κάθε χρόνο περίπου 800.000 άνθρωποι αυτοκτονούν. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο παγκόσμιος ετήσιος δείκτης θνησιμότητας των αυτοκτονιών είναι 11,4 ανά 100.000 άτομα. Το αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ είναι 12,4. Ωστόσο, ο αριθμός των αυτοκτονιών μεταξύ των επανεγκατεστημένων στην Αμερική προσφύγων από το Μπουτάν ήταν 21,5 ανά 100.000 και ο εκτιμώμενος ρυθμός στα στρατόπεδα προσφύγων στο Νεπάλ ήταν 20,76 ανά 100.000. Και τα δύο ποσοστά ήταν υψηλότερα από το παγκόσμιο ή το αμερικανικό ποσοστό θνησιμότητας των αυτοκτονιών [36].

Μια συγχρονική έρευνα που διεξήχθη μεταξύ των προσφύγων του Μπουτάν έδειξε μια σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και το φύλο, καθώς και με το ψυχιατρικό κληρονομικό ιστορικό. Ο επιπολασμός του αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν 3% και οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του φαίνεται να είναι: η μη δυνατότητα συντήρησης της οικογένειας, το άγχος και η κατάθλιψη, η χαμηλή κοινωνική στήριξη στη χώρα υποδοχής και οι οικογενειακές συγκρούσεις. Να σημειωθεί ότι η αυτοκτονία στην κοινότητα των Μπουτάν είναι ισχυρός λόγος για στιγματισμό, οπότε το ανωτέρω ποσοστό επιπολασμού πιθανόν να είναι υποτιμημένο [36].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μία περίπλοκη, χρόνια, ψυχική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από διαστρέβλωση της πραγματικότητας, διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), διαταραχές του συναισθήματος, αποδιοργανωμένη ομιλία ή συμπεριφορά, εξασθενημένη νοητική ικανότητα και έλλειψη λειτουργικότητας [(37)(38)(39)].

Η πρώιμη εμφάνιση της νόσου, σε συνδυασμό με τη χρονιότητά της και τα γνωσιακά ελλείμματα που συχνά προκαλεί, την καθιστούν σοβαρή αναπηρική διαταραχή όχι μόνο του ασθενή, αλλά και της οικογένειάς του γενικότερα [(39)].

2.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ορισμένα συμπτώματα που μπορούν σήμερα να ταξινομηθούν στην ευρύτερη νοσολογία της σχιζοφρένειας έχουν περιγραφεί ήδη από τον 2^{ο} αιώνα μ.Χ.. Η παραφροσύνη περιγράφεται αναλυτικά από τον Γαληνό, περιπτώσεις παραληρήματος περιγράφονται από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη, ενώ κατατονικά και παραληρητικά συμπτώματα αναφέρονται από τον Σωρανό τον Εφέσιο [(40)].

Τα επόμενα χρόνια οι ψυχικές διαταραχές συνδέθηκαν με θεοκρατικές αντιλήψεις. Στον Μεσαίωνα τέτοιου είδους διαταραχές ταυτίστηκαν με δαιμονοκατοχή και αντιμετωπίζονταν με εξορκισμό, με έκθεση του ασθενή σε ορισμένο είδος μουσικής και με επικίνδυνες διανοίξεις οπών στο κρανίο [(41)]. Τα χρόνια της Αναγέννησης που ακολούθησαν όμως, συνοδεύτηκαν από πλέον ανθρωπιστικές προσεγγίσεις [(40)].

Στη Γαλλία, ο Βέλγος ψυχίατρος Benedict Morel το 1852 περιγράφει μια ψυχική διαταραχή πρώιμης εμφάνισης και προοδευτικής επιδείνωσης, που την ονομάζει «πρώιμη άνοια». Στη Σκωτία, ο Clouston χρησιμοποιεί τον όρο «εφηβική παραφροσύνη», ενώ στη Γερμανία ο Kahlbaum το 1868 περιγράφει το κατατονικό σύνδρομο και ο μαθητής του Hecker το 1870 την «ηβηφρένεια» [(42)].

Ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin το 1887 χρησιμοποιεί τον όρο «πρώιμη άνοια» (dementia praecox) για να συμπεριλάβει σε αυτόν έναν μεγάλο αριθμό κλινικών

περιπτώσεων με ενιαίο νοσολογικό σχήμα, στο οποίο η ηβηφρένεια εισβάλλει στην εφηβική ηλικία και καταλήγει σε σοβαρή γνωστική παρακμή και άνοια κατά την ενήλικη ζωή, με αποτέλεσμα την εκτελεστική δυσλειτουργία [42]. Αναφέρει επίσης την παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων (παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις, διαταραγμένη σκέψη) και το χαρακτηριστικό της πρόωρης κατάρρευσης [43].

Το 1893, ο Kraepelin κάνει έναν σαφή διαχωρισμό μεταξύ δύο βασικών ψυχώσεων: τη μανιοκατάθλιψη και την πρώιμη άνοια, ενώ το 1896 αναγνωρίζει τρείς τύπους πρώιμης άνοιας: την ηβηφρένια, την κατατονική και την τυπική παραφροσύνη, την οποία μετονόμασε στη συνέχεια σε παρανοειδή άνοια [38].

Το 1911, ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler, προέβη στη δημοσίευση «Η πρώιμη άνοια και η ομάδα των σχιζοφρενειών», εισάγοντας για πρώτη φορά τον όρο σχιζοφρένεια. Στη μονογραφία του αυτή περιγράφει λεπτομερώς τους ασθενείς του, οι οποίοι πληρούν τα κλινικά κριτήρια της Dementia Praecox, της ψυχωτικής διαταραχής που είχε περιγραφεί από τον Kraepelin. Ο Bleuler ήταν θερμός υποστηρικτής του Kraepelin, διαφωνούσε όμως σε δύο σημεία: ότι τα περιστατικά άνοιας δεν εμφανίζονται πάντα στην εφηβεία και ότι η άνοια (πνευματική θαμπή) δεν είναι πάντα η κατάληξη της νόσου [43].

Ο Bleuler προτίμησε τον όρο σχιζοφρένεια, αντί αυτόν της άνοιας, γιατί θεώρησε ότι ο διχασμός των ψυχικών λειτουργιών είναι το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των κλινικών αυτών περιπτώσεων [42]. Εισήγαγε τα θεμελιώδη συμπτώματα που αφορούν τις διαταραχές του συνειρμού (σκέψη κομματιασμένη), τις συναισθηματικές διαταραχές (το συναίσθημα του ατόμου είναι διχασμένο, χωρίς αρμονία με τις σκέψεις και τις πράξεις του), τον «αυτισμό» (συναισθηματική ασυμφωνία και απόσυρση από την πραγματικότητα) και την αμφιθυμία (φαινομενική απροσδιοριστία) [42][43][44]. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα υποχρεωτικά για την ένταξη μιας κλινικής περίπτωσης στη νοσολογική οντότητα της σχιζοφρένειας, ενώ οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις ανήκουν στα δευτερεύοντα συμπτώματα [42].

Στη συνέχεια ο Kurt Schneider το 1930 υποστηρίζει ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι αποτέλεσμα κλινικής περιγραφής και εισάγει 14 συμπτώματα ως κριτήρια, τα οποία τα χωρίζει σε δύο κατηγορίες, α’ και β’ βαθμού. Ενώ το 1980, ο Crow προτείνει τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα ως παθογνωμικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας [38].

Το 1987 διατυπώνεται από τους Murray και Weinberger η νευροαναπτυξιακή υπόθεση της σχιζοφρένειας και το 2003 επιβεβαιώνεται η γενετική συσχέτιση της σχιζοφρένειας που πρώτη δημοσίευσε η ομάδα του K. Stefansson και αφορούσε το γονίδιο Neuregulin 1 [38].

2.1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Στη σημερινή εποχή ο διά βίου επιπολασμός της σχιζοφρένειας είναι λίγο λιγότερο από 1% παγκοσμίως, σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές και σε όλες τις κοινωνίες. Δηλαδή περίπου ένα άτομο στα 100 θα αναπτύξει τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής του [(45)(46)]. Η πιο τεκμηριωμένη σχετική μελέτη προέρχεται από τη Φιλανδία. Οι Perala και οι συνεργάτες του, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του DSM-IV, υπολόγισαν ότι ο επιπολασμός για τη σχιζοφρένεια ήταν 0,87% και ο επιπολασμός για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ήταν 0,32% [(45)].

Η ανασκόπηση του Torrey αναφέρει επιπολασμό 4,6 ανά 1000 άτομα. Αντίστοιχα ο επιπολασμός που υπολογίστηκε στην νεότερη συστηματική ανασκόπηση του Mc Grath είναι 4 ανά 1000 άτομα, ενώ ο κίνδυνος νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι 7,2 ανά 1000 άτομα, δηλαδή περίπου 7 στα 1.000 άτομα θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια [(46)(47)]. Τα ποσοστά αυτά έχουν υπολογιστεί λαμβάνοντας υπόψη αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια, στην περίπτωση όμως που τα κριτήρια γίνουν ευρύτερα, τότε οι τιμές είναι 2 – 3 φορές μεγαλύτερες [(46)].

Για πολλά χρόνια, επικρατούσε η άποψη ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας ήταν η ίδια σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές και στο πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο αυτό διαψεύστηκε από νεότερες μελέτες [(45)(46)]. Υπολογίστηκε ετήσια επίπτωση ανά 100.000 άτομα περίπου 15 για τους άνδρες και 10 για τις γυναίκες [(46)].

Σε μια σημαντική συστηματική ανασκόπηση του Mc Grath και των συνεργατών του, προκύπτουν ποσοστά επίπτωσης της σχιζοφρένειας που κυμαίνονται από 7.7 μέχρι 43.0 ανά 100.000 άτομα. Διαπιστώνεται λοιπόν μια πενταπλάσια διαφορά των ακραίων τιμών επίπτωσης [(45)(47)]. Αυτή η διαφορά ήταν αρκετά μεγάλη για να αποδοθεί σε διαγνωστικές διαφορές ή διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις των διαφόρων μελετών. Αποδίδονται λοιπόν στις πραγματικές διαφορές των ποσοστών ανάλογα με τους αιτιολογικούς παράγοντες έκθεσης κατά περίπτωση [(46)].

Η διάμεση επίπτωση της σχιζοφρένειας υπολογίζεται σε 15,2/100.000 άτομα [(47)(48)], ενώ ο επιπολασμός σε 7,2/1000 άτομα, αρκετά υψηλό ποσοστό σε σύγκριση με την επίπτωση, λόγω της έναρξης της νόσου στην αρχή της ενήλικής ζωής, η οποία συνήθως εξελίσσεται σε χρόνια νόσο [(48)].

Μια άλλη σημαντική συστηματική ανασκόπηση των Van Os και των συνεργατών του έδειξε έναν επιπολασμό της τάξης του 0,30-0,66% και μία επίπτωση 10,2-22,0 ανά 100 000 ανθρωποέτη, όταν χρησιμοποιούνται αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου. Τα ποσοστά αυτά φαίνεται να τροποποιούνται σημαντικά και να αυξάνονται μέχρι

και 3 φορές προς τα πάνω, όταν αλλάξουν τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη και χρησιμοποιηθούν άλλα, λιγότερο αυστηρά [49].

Επίσης στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρατηρείται μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 10 – 20 χρόνια [46]. Τα άτομα αυτά έχουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [45][47]. Από τις μελέτες θνησιμότητας προκύπτει ένας τυποποιημένος λόγος θνησιμότητας (Standardized Mortality Ratio) 2,6 για όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια, με την αυτοκτονία και τη καρδιαγγειακή νόσο να είναι οι κύριοι συνεισφέροντες. Ο λόγος αυτός τείνει να αυξάνεται τις τελευταίες δεκαετίες [45][47]. Μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν συμμετέχουν εύκολα σε διαδικασίες που συνεισφέρουν στη βελτίωση της υγείας. Επιπρόσθετα τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενεάς δύναται να προκαλέσουν την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο σχετίζεται με διπλάσια αύξηση της γενικότερης θνησιμότητας [47].

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση 11 μελετών, οι οποίες αφορούσαν όλες τις κατοικημένες ηπείρους, εκτός από τη Νότια Αμερική, διαπιστώθηκε ότι κατά μέσο όρο τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια πεθαίνουν 14,5 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ο αριθμός των ετών της πιθανής απώλειας ζωής ήταν μεγαλύτερος για τους άνδρες (15,9 έτη) σε σύγκριση με τις γυναίκες (13,6 έτη). Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια πεθαίνουν νωρίτερα με μέση ηλικία τα 64,7 έτη. Η μέση ηλικία θανάτου για τους άνδρες ήταν τα 59,9 έτη και για τις γυναίκες τα 67,6 έτη [50][51].

Τα δεδομένα όσον αφορά τη συχνότητα της σχιζοφρένειας σε συνάρτηση με το χρόνο είναι λιγότερα, αλλά νεότερη έρευνα δείχνει ότι η επίπτωσή της σε περιοχές του νότιου Λονδίνου διπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 1965 και 1997 [45], η οποία μάλιστα αποδόθηκε από ορισμένους ερευνητές στην εισροή των μεταναστών [47]. Ωστόσο, αντίστοιχες μελέτες στη Φινλανδία δείχνουν ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας μειώθηκε μεταξύ των ετών 1945 και 1965 [47].

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν αναφορές για υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας σε άτομα τα οποία έχουν γεννηθεί το χειμώνα ή στις αρχές της άνοιξης, καθώς επίσης και σε όσους γεννιούνται και μεγαλώνουν σε πόλεις, σε σύγκριση με όσους μεγαλώνουν στην επαρχία, σε αγροτικές περιοχές [46]. Η γέννηση κατά τη διάρκεια του χειμώνα σχετίζεται με μία αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της σχιζοφρένειας κατά 5% - 8% [34].

Το γεωγραφικό πλάτος βρέθηκε να παίζει επίσης ρόλο στον επιπολασμό της σχιζοφρένειας. Όσο μεγαλύτερο το γεωγραφικό πλάτος, τόσο αυξάνεται ο επιπολασμός. Παρόλα αυτά η επίπτωση της νόσου φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται το γεωγραφικό πλάτος, αλλά μόνο στους άνδρες [47]. Έρευνες στην Δανία έδειξαν αυξημένο κίνδυνο

εμφάνισης σχιζοφρένειας σε μετανάστες που προέρχονται από απομακρυσμένες γεωγραφικές περιοχές, όπως είναι η Αυστραλία, η Αφρική και η Γροιλανδία [34].

Τα χαμηλά επίπεδα σε βιταμίνη D έχουν επίσης συμπεριληφθεί στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, αν και οι περιορισμοί των οικολογικών μελετών είναι αρκετοί. Κατά το χειμώνα και σε μεγάλα γεωγραφικά πλάτη παρατηρείται κυρίως η υποβιταμίνωση D, όποτε και αναμένονται μεγαλύτερα ποσοστά σχιζοφρένειας [47].

Όσον αφορά την επίπτωση και τον επιπολασμό της σχιζοφρένειας σε σχέση με την οικονομική κατάσταση, φαίνεται ότι τα αναπτυγμένα κράτη έχουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τα αναπτυσσόμενα κράτη. Βέβαια αυτά τα ευρήματα χρειάζονται περαιτέρω έρευνα, γιατί τα στοιχεία που έχουμε από συγκρίσεις χαμηλών έναντι υψηλών εισοδημάτων κρατών είναι ελλιπή. Η χρήση μιας μόνο οικονομικής μεταβλητής είναι ένας μάλλον λανθασμένος τρόπος για να εκτιμήσει κανείς μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια [47].

2.1.3.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

Όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, η συστηματική ανασκόπηση του Aleman και των συνεργατών του έδειξε μία αναλογία επίπτωσης σχιζοφρένειας ανδρών προς γυναικών 1,4:1 [45][48], η οποία συμφωνεί με τη μελέτη του Mc Grath [47]. Δηλαδή για τρείς άνδρες που παρουσιάζουν τη νόσο, δύο γυναίκες επηρεάζονται. Ως προς την πορεία της νόσου, αυτή φαίνεται να είναι πιο σοβαρή στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες [45][47]. Ωστόσο στον υπολογισμό του επιπολασμού δεν εντοπίζεται διαφορά ως προς το φύλο. Πρόσφατη μελέτη από τη Φινλανδία υψηλής ποιότητας όσον αφορά τον επιπολασμό δεν έδειξε αυτός να επηρεάζεται από το φύλο [47]. Παρατηρείται μια πρώιμη εμφάνιση στους άνδρες, καθώς και σοβαρότερη συμπτωματική έκφραση στους άνδρες παρά στις γυναίκες [49].

Στη σημαντική μελέτη AESOP (Aetiology and Ethnicity of Schizophrenia and Other Psychoses) οι Kirkbride και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν εκτός των άλλων και τη συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας σε τρεις μεγάλες πόλεις της Μεγάλης Βρετανίας σε συνάρτηση με το φύλο και την ηλικία εμφάνισης. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή παρατηρείται μια πρώιμη ηλικιακά εκδήλωση της νόσου στους άνδρες με μια μέγιστη επίπτωση μεταξύ των 20 και 24 ετών, ενώ η αντίστοιχη ηλικία για τις γυναίκες ήταν τα 29 έως 32 έτη, επιβεβαιώνοντας έτσι και προηγούμενες ενδείξεις. Αυτό αποδίδεται στον αρσενικό εγκέφαλο και στην μεγαλύτερη επιρρέπειά του στις νευροαναπτυξιακές

διαταραχές. Ενώ οι γυναίκες προστατεύονται δευτερογενώς από την αντιντοπαμινεργική δράση των οιστρογόνων στον εγκέφαλο [45].

Μία άλλη μελέτη, των Castle και των συνεργατών του, η οποία διερεύνησε τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα για 477 περιπτώσεις πρώτων επεισοδίων σχιζοφρένειας και την πορεία στο χρόνο αυτών των περιπτώσεων, διαπίστωσε ότι αν και η μέση ηλικία των ανδρών κατά την εμφάνιση της νόσου ήταν μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών, παρόλα αυτά η μέση ηλικία έναρξης της ασθένειας ήταν κατά πολύ μικρότερη από αυτή των γυναικών (31,2 έτη για τους άνδρες και 41,1 έτη για τις γυναίκες). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι η επίπτωση για την ήπια σχιζοφρένεια είναι περίπου η ίδια και για τα δύο φύλα. Όταν όμως καθορίζονται αυστηρότερα διαγνωστικά κριτήρια, τότε προκύπτει μεγαλύτερη επίπτωση για τους άρρενες [45].

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μία πολύπλοκη διαταραχή, τα ακριβή της αίτια δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί. Πρόκειται για έναν συνδυασμό γενετικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων που παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου [48]. Το μοντέλο της στρεσσογόνου προδιάθεσης, όπου ένα ψυχοπιεστικό γεγονός μπορεί να πυροδοτήσει την εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε επιρρεπή άτομα χρησιμοποιείται συχνά [37][49].

2.2.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια ως προς τον φαινότυπο, αλλά και τον γονότυπό της. Πολλά διαφορετικά γονίδια με διαφορετική ευαισθησία συμβάλλουν σε διαφορετικό ποσοστό το καθένα, και εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα μεταξύ των πληθυσμών [47].

Ο πιο ευρέως αποδεκτός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι η ύπαρξη ενός οικογενειακού ιστορικού της νόσου, σε συγγενή πρώτου βαθμού. Ο βαθμός επιρροής των γενετικών παραγόντων, όπως προκύπτει από μελέτες διδύμων και υιοθεσίας είναι μεγαλύτερος από αυτόν του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η οικογενής μορφή της σχιζοφρένειας υπολογίζεται σε 66% με 83% [45]. Αν ένας συγγενής πρώτου βαθμού (γονέας, αδερφός ή αδερφή) έχει τη νόσο, οι πιθανότητες αυξάνονται κατά 10% -

12%, ενώ αν και οι δύο γονείς πάσχουν τότε η πιθανότητα ανέρχεται σε 40% [37]. Στα μονοζυγωτικά δίδυμα το ποσοστό φτάνει το 50% [37][48].

Μία μετανάλυση 12 μελετών διδύμων έδειξε ότι η κληρονομικότητα ευθύνεται για την εμφάνιση της νόσου σε ποσοστό 81% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 73% - 90%) , ενώ οι περιβαλλοντικές επιρροές ευθύνονται σε ποσοστό 11% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 3% - 19%) [52].

Στους γενετικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται τα τελευταία έτη και η ηλικία του πατέρα, εφόσον παρατηρήθηκε ότι οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου από 1/141 που είναι όταν η ηλικία του πατέρα είναι κάτω από τα 25 έτη αυξάνονται σε 1/47 όταν η ηλικία είναι 50 έως 54 έτη [45][46].

2.2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν αρκετές υποθέσεις όσον αφορά το βιολογικό υπόβαθρο της νόσου:

1. **Υπόθεση ντοπαμίνης.** Η αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο μεταιχμιακό σύστημα φαίνεται να είναι υπεύθυνη για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ η μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό συμβάλλει στην εμφάνιση των αρνητικών συμπτωμάτων. Η ανωτέρω παθολογία μπορεί να οφείλεται στη μεταβολή του αριθμού των υποδοχέων ή της ευαισθητοποίησής τους, μπορεί ωστόσο να οφείλεται και στην παθολογική απελευθέρωση ντοπαμίνης (έλλειψη ή πληθώρα).
2. **Υπόθεση νορεπινεφρίνης.** Η αυξημένη ευαισθητοποίηση όσων πάσχουν από σχιζοφρένεια προς τα εισερχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα νορεπινεφρίνης.
3. **Υπόθεση γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA).** Αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης προκαλείται από ελαττωμένη δραστηριότητα του GABA.
4. **Υπόθεση σεροτονίνης.** Παθολογικός μεταβολισμός σεροτονίνης (υπερσεροτονιναιμία ή υποσεροτονιναιμία) παρατηρείται σε ορισμένους πάσχοντες, ο οποίος ενοχοποιείται για την αυτοκτονική και παρορμητική τους συμπεριφορά.
5. **Υπόθεση γλουταμινικού.** Ορισμένα θετικά, αλλά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας οφείλεται σε υπολειτουργία του υποδοχέα του γλουταμινικού τύπου NMDA (N-μεθυλο-D-ασπαρτικό).
6. **Νευροαναπτυξιακές θεωρίες.** Παθολογική νευρωνική λειτουργία, η οποία προκύπτει από παθολογική μετανάστευση νευρώνων κατά το δεύτερο τρίμηνο της

κύησης [37]. Πλήθος μελετών έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και των επιπλοκών κατά την κύηση (προεκλαμψία, διαβήτης, ρέζους ασυμβατότητα, υποθρεψία της μητέρας), την εμβρυϊκή ανάπτυξη (χαμηλό βάρος γέννησης, συγγενείς δυσπλασίες) και τον τοκετό (ατονία μήτρας, ασφυξία) [45][46].

7. **Ιστορικό λοιμώξεων.** Το αυξημένο αντίσωμα τοξοπλάσματος, η ερυθρά, η προγεννητική έκθεση στη γρίπη, οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων και άλλες λοιμώξεις έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο σχιζοφρένειας μεταξύ των απογόνων [53]. Ο κίνδυνος σχιζοφρένειας αυξήθηκε 7 φορές όταν η μητέρα είχε εκτεθεί στην γρίπη κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Πιθανόν και τα υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας που εμφανίζονται σε όσους γεννιούνται χειμώνα και άνοιξη να οφείλονται στην ιογενή λοίμωξη της μητέρας κατά την κύηση [54].

2.2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η περιοχή κατοικίας φαίνεται να παίζει ρόλο στα ποσοστά της σχιζοφρένειας. Μελέτες έχουν δείξει ότι στις αστικές περιοχές η σχιζοφρένεια εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε σύγκριση με τις ημιαστικές / αγροτικές περιοχές. Ίσως να οφείλεται στους περιβαλλοντικούς ρύπους, αλλά και στο άγχος που σχετίζεται με τους γρηγορότερους ρυθμούς ζωής των πόλεων [46][47]. Μία σημαντική μελέτη κοορτής 1,89 εκατομμυρίων ανθρώπων στη Δανία έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η πόλη, και όσο περισσότερα τα χρόνια διαμονής στην πόλη, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρένειας. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι η κοινωνική απομόνωση – στέρηση- που σημειώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα [55].

Σε τελευταίες μελέτες υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της μετανάστευσης και της αυξημένης εμφάνισης σχιζοφρένειας. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι τέτοιου είδους μελέτες είναι ιδιαίτερα δύσκολες λόγω γλωσσικών και πολιτιστικών διαφορών που δυσχεραίνουν την ακριβή διάγνωση. Ενώ συχνά τα χαρακτηριστικά της φυλής/εθνικότητας ίσως να είναι περισσότερο καθοριστικά σε σχέση με την μετανάστευση ως διαδικασία και τις επιπτώσεις της [47]. Σε μετανάστες δεύτερης γενεάς με ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής σε έναν γονιό, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας ήταν 1,42 σε σύγκριση με τους Δανούς με ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής σε έναν γονιό, ενώ στους μετανάστες δεύτερης γενεάς χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής στους γονείς, ο σχετικός κίνδυνος ήταν 2,09 σε σύγκριση με τους ιθαγενείς Δανούς χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό στους γονείς. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου, ενώ μειώνεται η επίδραση των γενετικών παραγόντων

κάνει εμφανή την επίδραση της μετανάστευσης και των γενικότερων κοινωνικοπεριβαλλοντικών παραγόντων [56].

Στις μειονότητες της μαύρης φυλής της Ευρώπης εμφανίζονται υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας, πιθανόν λόγω κοινωνικής απομόνωσης. Βέβαια, στον ίδιο μεταναστευτικό πληθυσμό τα ποσοστά παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις, γεγονός που δείχνει ότι ναι μεν πρόκειται για μια γενετική νόσο, η οποία όμως επηρεάζεται σημαντικά από το περιβάλλον [45].

Στους κοινωνικοπεριβαλλοντικούς παράγοντες υπάγονται και ορισμένες στρεσσογόνες καταστάσεις, όπως η γονική απώλεια. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας αυξάνεται κατά 2 – 3 φορές, στην περίπτωση που σε ηλικία μικρότερη των 16 ετών, χάσεις έναν ή και τους δύο γονείς [57]. Ο εκφοβισμός – bulling φαίνεται να παίζει επίσης ρόλο στην εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων. Ο κίνδυνος μάλιστα διπλασιάζεται στην περίπτωση που ο εκφοβισμός έχει πραγματοποιηθεί στις ηλικίες των 8 με 10 ετών. Είναι σύνηθες πριν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, αλλά και πριν την εμφάνιση υποτροπών της νόσου, να έχει προηγηθεί ένα στρεσσογόνο ερέθισμα, όπου ο ασθενής ένιωσε έντονο άγχος, ανασφάλεια και πίεση [45].

2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από πληθώρα και ποικιλία συμπτωμάτων που επηρεάζουν πολλές και διαφορετικές πτυχές του ανθρώπου. Αφορούν κυρίως διαταραχές της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, και διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας. Τα συμπτώματα αυτά έχουν διαχωριστεί σε τρεις ομάδες, στην προσπάθεια να ομαδοποιηθούν [38]: θετικά, αρνητικά και γνωστικά [39]. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι δυνατό να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή [42].

2.3.1 ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα θετικά συμπτώματα ή αλλιώς θορυβώδη, είναι τα πιο εμφανή και εύκολα αναγνωρίσιμα, εμφανίζονται κυρίως στην οξεία φάση της νόσου και σχετίζονται με τον τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας [39]. Συνήθως τείνουν να παρουσιάζουν κύκλους εμφάνισης και αποδρομής [46] και περιλαμβάνουν:

1. **Διαταραχές στον έλεγχο και την κατοχή της σκέψης**

   Ο ασθενής χάνει την εμπιστοσύνη του στις ίδιες του τις σκέψεις. Έχει την αίσθηση της υποκλοπής των σκέψεών του. Αλλότριες σκέψεις εισβάλλουν αυθόρμητα και δεν έχει τον έλεγχό τους, διαρρέονται, γίνονται δημόσιες και γνωστές σε όλους.

2. **Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης**

   Σε αυτές ανήκουν οι διαφόρων μορφών παραληρητικές ιδέες. Πρόκειται για έμμονες εσφαλμένες πεποιθήσεις, χωρίς λογική επιχειρηματολογία. Ενώ υπάρχουν αποδείξεις για το ακριβώς αντίθετο από αυτό που σκέφτεται ο ασθενής, παρόλα αυτά είναι ακράδαντα πεπεισμένος για την ισχύ των σκέψεών του. Το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών ποικίλει και διακρίνονται σε:

   - διωκτικές,
   - μεγαλείου,
   - υποχονδριακές - σωματικές (παράδοξα σωματικά ενοχλήματα),
   - αποκαλυπτικές – κοσμογονικές (προφητικού τύπου περιεχομένου σκέψεις),
   - ερωτομανιακές (σημαντικές προσωπικότητες τον/την έχουν ερωτευθεί),
   - ζηλοτυπικές,
   - αυτοαναφοράς ή συσχέτισης (συμβάντα της καθημερινότητας, ουδέτερα και συνήθη, συνδέονται με σκοπιμότητα),
   - παθητικότητας ή επίδρασης (γίνεται υποχείριο εξωτερικών δυνάμεων που καθορίζουν τις σκέψεις, τις πράξεις, κλπ.).

Οι παραπάνω παραληρητικές ιδέες συνήθως αναπτύσσονται στην προσπάθεια του ατόμου να επεξηγήσει τις ψευδαισθήσεις του [58].

Στις παραληρητικές ιδέες υπάγονται και τα σύνδρομα παραληρητικών παραγνωρίσεων, όπως:

- ✓ η πεποίθηση ότι σωσίας έχει αντικαταστήσει οικείο του πρόσωπο (σύνδρομο Capgras),
- ✓ εσφαλμένη παραγνώριση οικείου προσώπου (σύνδρομο Fregoli),
- ✓ σύνδρομο σωματοψυχικής μεταμόρφωσης και
- ✓ σύνδρομο σωσιών εαυτού.

3. **Διαταραχές της αντίληψης**

   Σε αυτές ανήκουν οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις.

   Οι ψευδαισθήσεις είναι αισθητικές εμπειρίες σε απουσία όμως πραγματικού ερεθίσματος. Μπορούν να αφορούν οποιαδήποτε από τις πέντε αισθήσεις, κυρίως όμως την ακοή. Ο ασθενής ακούει περισσότερες από μία φωνή, συνήθως οικείων

του προσώπων ή ενός φανταστικού χαρακτήρα. Οι φωνές αυτές σχολιάζουν, συζητούν για τον ασθενή, ασκώντας του συνήθως κριτική, του απευθύνονται σε τρίτο πρόσωπο και συχνά τον προτρέπουν να κάνει κάτι.

Οι παραισθήσεις είναι η παραποίηση υπαρκτών ερεθισμάτων, οι οποίες όμως δεν είναι παθογνωμικές της σχιζοφρένειας [38].

4. **Διαταραχές της ψυχοκινητικότητας**

   Η εμφάνιση κατατονικών συμπτωμάτων, που αφορούν στερεότυπες θέσεις και στάσεις, οι οποίες είναι αφύσικες, «σαν επιτηδευμένες», μπορούν να κρατηθούν για ώρες και οποιαδήποτε εξωτερικά ερεθίσματα να αγνοούνται. Ασθενείς με κατατονία μπορούν επίσης να εμφανίσουν συνεχή κινητική δραστηριότητα, επαναλαμβάνοντας άσκοπα κινήσεις, παρουσιάζοντας στερεοτυπίες και συσπάσεις μυών.

5. **Έλλειψη εναισθησίας**

   Στις τελευταίες μελέτες στα θετικά συμπτώματα προστίθεται και η εναισθησία. Ο ασθενής στο 97% των περιπτώσεων, δεν έχει επίγνωση της νοσηρής του κατάστασης [48].

2.3.2 ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα αρνητικά συμπτώματα είναι τα πιο δύσκολα στην ταυτοποίησή τους, διαταράσσουν τα συναισθήματα, αλλά και τη συμπεριφορά και σχετίζονται με μεγαλύτερη θνησιμότητα [39]. Τείνουν να είναι χρόνια και να συνδέονται με μεγάλης διάρκειας επίδραση στην κοινωνική ζωή του ασθενούς [46].

Στα αρνητικά συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται:

1. **Διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης**

   Ήδη από τον Bleuler οι διαταραχές αυτές είχαν χαρακτηριστεί ως «χάλαση του συνειρμού». Παρατηρείται έλλειψη συνεκτικότητας, δύσκαμπτη νοηματική αλληλουχία σκέψεων, φτωχό περιεχόμενο ομιλίας, ενώ οι λογικές ανακολουθίες και οι εμμονές είναι έντονες. Οι νεολογισμοί, δηλαδή η δημιουργία νέων λέξεων είναι επίσης χαρακτηριστικό της νόσου.

2. **Διαταραχές στη ροή της σκέψης**

   Βασικό και ίσως από τα πρώτα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι η ανακοπή του λόγου, όπου η σκέψη διακόπτεται απότομα και ξαφνικά. Χαρακτηρίζεται επίσης από φτωχό περιεχόμενο λόγου και καθυστέρηση απάντησης.

3. **Διαταραχές του συναισθήματος**

   Βασικό σύμπτωμα αποτελεί η αμφιθυμία. Ο ασθενής την ίδια στιγμή διακατέχεται από αντιφατικά μεταξύ τους συναισθήματα. Συχνά υπάρχει αντίθεση μεταξύ της σημαντικότητας του συγκινησιακού ερεθίσματος και της ανταπόκρισης του ασθενή, η αποκαλούμενη «συναισθηματική απροσφορότητα». Ενώ η διάσταση μεταξύ αντίδρασης του ασθενή και του ερεθίσματος που επίσης βιώνεται συχνά, αποκαλείται «συναισθηματική δυσαρμονία». Επιπρόσθετα το άτομο αποστασιοποιείται συναισθηματικά, βιώνει συναισθηματική έκπτωση. Εκτός των ανωτέρω μπορεί να νιώθει κατάθλιψη, ανηδονία (ανικανότητα να νιώσει το άτομο ευχαρίστηση), αδιαφορία, απάθεια, συναισθηματική ακαμψία κ.α..

4. **Διαταραχές της βούλησης**

   Παρατηρείται κυρίως αβουλησία. Οι ασθενείς έχουν μειωμένη βλεμματική επαφή, τα ενδιαφέροντά τους και οι δραστηριότητές του μειώνονται, δεν συνάπτουν κοινωνικές σχέσεις, παραμελούν την εμφάνισή τους [38].

2.3.3 ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η σχιζοφρένεια εκτός των άλλων σχετίζεται και με δυσλειτουργίες όσον αφορά τις γνωστικές λειτουργίες, όπως η ελλειμματική επεξεργασία πληροφοριών και η ελλειμματική προσοχή [37]. Ο Bilder και οι συνεργάτες του εντόπισαν ήπια έως μέτρια ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία και τη μνήμη, τόσο τη λειτουργική όσο και τη δηλωτική. Επίσης βρέθηκαν ελλείμματα όσον αφορά την ταχύτητα επεξεργασίας στη λεκτική μνήμη [59].

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ DSM-V

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας είμαι μια ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία, εφόσον πρόκειται για έναν συνδυασμό συμπτωμάτων και δεν υπάρχει ένα μόνο σύμπτωμα που να καθορίζει τη νόσο [46].

Σύμφωνα με το DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) η διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται όταν πληρούνται τα κάτωθι κριτήρια:

- ✓ Κριτήρια Α. Απαιτούνται τουλάχιστον δύο κριτήρια από τα ακόλουθα, εκ των οποίων το ένα να ανήκει υποχρεωτικά σε ένα από τα τρία πρώτα. Τα κριτήρια αυτά

να εμμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα (1 μηνός ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς)

1. Παραληρητικές ιδέες
2. Ψευδαισθήσεις
3. Αποδιοργανωμένος λόγος
4. Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
5. Αρνητικά συμπτώματα

- ✓ Κριτήριο Β. Έκπτωση της λειτουργικότητας
- ✓ Κριτήριο Γ. Διάρκεια συμπτωμάτων πέραν των 6 μηνών
- ✓ Κριτήριο Δ. Αποκλεισμός ύπαρξης σχιζοσυναισθηματικής, καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής
- ✓ Κριτήριο Ε. Αποκλεισμός επίδρασης λήψης ουσιών ή ύπαρξης σωματικής νόσου
- ✓ Κριτήριο ΣΤ. Ιστορικό ύπαρξης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής όπως αυτισμός: η διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν διαπιστωθούν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα.

Επιπρόσθετα εκτιμάται η συνυπάρχουσα κατατονία ή μη, καθώς και η βαρύτητα των αρχικών συμπτωμάτων της νόσου [(60)].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1 Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Οι πρώτες επιδημιολογικές αξιολογήσεις ψυχιατρικών διαταραχών των μεταναστών, όπως η σχιζοφρένεια έγιναν πριν από τουλάχιστον 80 χρόνια με πρωτοπόρο τον Odegaard, ο οποίος στη δεκαετία του ’30 μελέτησε τα αρχεία ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου στην πολιτεία της Μινεσότα των ΗΠΑ και κατέγραψε όλες τις πρώτες εισαγωγές μεταξύ 1889 και 1928 τόσο γηγενών, όσο και ατόμων που είχαν γεννηθεί στη Νορβηγία και είχαν μεταναστεύσει στη Μινεσότα. Να σημειωθεί ότι στην περιοχή υπήρχε μία σημαντική παροικία Νορβηγών μεταναστών. Ταυτόχρονα μέσω των αρχείων ενός ασύλου στη Νορβηγία, κατέγραψε την επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στο γηγενή Νορβηγικό πληθυσμό. Στη μελέτη του αυτή διαπίστωσε ότι τα ποσοστά νοσηλειών λόγω σχιζοφρένειας ήταν υψηλότερα στους Νορβηγούς μετανάστες απ’ ότι τόσο σε Νορβηγούς που δεν είχαν μεταναστεύσει όσο και από το γηγενή Αμερικανικό πληθυσμό. Ο Odegaard ανέπτυξε τη θεωρία ότι άτομα επιρρεπή στην εκδήλωση σχιζοφρένειας μεταναστεύουν ευκολότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό και μετά τη μετάβασή τους στη χώρα υποδοχής εμφανίζουν τελικά τη νόσο [(61)]. Σήμερα είναι πλέον σαφές ότι δεν εμφανίζουν όλες οι μειονότητες αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας, ωστόσο η μελέτη του Odegaard αποτέλεσε το θεμέλιο λίθο για τη διερεύνηση της νόσου σε διαφορετικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς [(62)].

3.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Στις μέρες μας κυριαρχεί η άποψη ότι τα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της σχιζοφρένειας στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς οφείλονται στους κοινωνικο-περιβαλλοντικούς στρεσσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με τη μετανάστευση. Ωστόσο υπάρχουν αρκετές υποθέσεις για τους πιθανούς μηχανισμούς με τους οποίους η μετανάστευση συνδέεται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας [(63)].

3.2.1 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ

Για αρκετά χρόνια στο παρελθόν κυριαρχούσε η άποψη ότι τα ποσοστά σχιζοφρένειας στις χώρες από όπου κατάγονταν οι μετανάστες ήταν υψηλότερα, άρα η βιολογική ευαλωτότητα ήταν υπεύθυνη για τη νόσο. Μελέτες όμως έδειξαν ότι για παράδειγμα σε χώρες της Καραϊβικής τα ποσοστά σχιζοφρένειας ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με τα ποσοστά των μεταναστών από τις χώρες αυτές [(64)(65)].

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως οι μετανάστες δεύτερης γενιάς έχουν υψηλότερα ποσοστά σχιζοφρένειας, επαναφέροντας την υπόθεση [(56)]. Ωστόσο η υπόθεση της βιολογικής ευαλωτότητας δεν μπορεί από μόνη της να δικαιολογήσει τα υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας στους μετανάστες [(66)].

Κάποιος θα μπορούσε να πει για παράδειγμα, ότι τα υψηλά ποσοστά επίπτωσης της σχιζοφρένειας στους μετανάστες από το Σουρινάμ στην Ολλανδία οφείλονται στη μετανάστευση από μία περιοχή που τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου ήταν υψηλά ούτως ή άλλως, χωρίς ωστόσο αυτό να συμβαίνει [(35)].

3.2.2 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Πρώτος ο Odegaard εξέφρασε την άποψη ότι οι ευάλωτοι άνθρωποι μεταναστεύουν πιο εύκολα, στη συνέχεια όμως δυσκολεύονται στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων που προκύπτουν από τη μετανάστευση και αναπτύσσουν σχιζοφρένεια [(61)]. Η υπόθεση αυτή συνεχίζει να έχει ακόμα και σήμερα υποστηρικτές, ωστόσο δεν μπορεί υιοθετηθεί. Διαφορετικά τα αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας θα έπρεπε να ανευρίσκονται σε όλες τις ομάδες μεταναστών και χωρίς ιδιαίτερες διακυμάνσεις. Αυτό όμως δεν συμβαίνει, καθώς ακόμα και στην ίδια χώρα, η κάθε ομάδα μεταναστών εμφανίζει διαφορετικά ποσοστά σχιζοφρένειας [(35)(67)(68)].

Η διαδικασία της μετανάστευσης είναι ιδιαίτερα επίπονη και για να οργανωθεί από το άτομο και κυρίως για να ολοκληρωθεί απαιτείται αρκετή προσπάθεια, που δεν συνάδει με τα προνοσηρά χαρακτηριστικά όσων πρόκειται να εμφανίσουν σχιζοφρένεια. Η μετωπιαία δυσλειτουργία που αποτελεί πρόδρομο χαρακτηριστικό των νοσούντων και κυρίως τα αρνητικού τύπου συμπτώματα δυσκολεύουν τον μετανάστη και καθιστούν σχεδόν αδύνατη την ολοκλήρωση της μετανάστευσης [(34)(69)].

Ο Bogers και οι συνεργάτες του απέδειξαν ότι όσοι είχαν εμφανίσει ψυχωσικές διαταραχές στο Σουρινάμ ήταν τελικά και οι λιγότερο πιθανοί να μεταναστεύσουν στην Ολλανδία [(35)].

Επιπλέον ο Rosenthal και οι συνεργάτες του σύγκριναν τα ποσοστά μετανάστευσης σε υιοθετημένα παιδιά τα οποία είχαν έναν από τους βιολογικούς τους γονείς με διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας, με παιδιά γεννημένα από μη πάσχοντες γονείς και διαπίστωσαν ότι τα πρώτα είχαν μικρότερα ποσοστά μετανάστευσης, ανατρέποντας την υπόθεση της επιλεκτικής μετανάστευσης [35].

3.2.3 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ

Από τη μελέτη μεταναστευτικών ομάδων στην Ευρώπη προκύπτουν όλο και ισχυρότερες ενδείξεις ότι μια πληθώρα κοινωνικών παραγόντων συμβάλλουν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Στους κοινωνικούς αυτούς παράγοντες εντάσσονται κυρίως: κοινωνικές διακρίσεις, ρατσισμός, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, κακές συνθήκες στέγασης, ανεργία [4], οικονομική αστάθεια [70], χαμηλή κοινωνική τάξη, φτώχεια [71] και η αστικοποίηση [63].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποιήθηκε μία πολυκεντρική μελέτη, ονομαζόμενη AESOP, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης ψύχωσης και εθνικότητας. Η μελέτη αυτή κατέδειξε πως η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε όλα τα κέντρα ήταν εννέα φορές υψηλότερη στους αφροκαραϊβικής καταγωγής και έξι φορές υψηλότερη στους μαύρους αφρικανούς, σε σχέση με το λευκό Βρετανικό πληθυσμό [72].

Οι έγχρωμοι μετανάστες σε μια χώρα κυρίως λευκών έχει περίπου 5 φορές αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης ψυχωσικών διαταραχών. Αυτό δείχνει τη συμβολή της κοινωνικής διάκρισης και του ρατσισμού στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών [34]. Γενικά ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος για μετανάστες που ζουν σε γειτονιές με μικρό ποσοστό κατοίκησης από άτομα της ίδιας εθνικότητας με τη δικής τους, σε σύγκριση με μετανάστες που ζουν σε ένα περιβάλλον όπου απαρτίζεται από άτομα της ίδιας εθνικότητας με τη δική τους [73].

Τα αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας στους μετανάστες δεύτερης γενιάς δείχνουν αυτή ακριβώς την επίπτωση των κοινωνικών παραγόντων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας αυξάνεται στους απογόνους των μεταναστών από την Καραϊβική που γεννήθηκαν στην Αγγλία [35][74]. Αντίστοιχα στην Ολλανδία τα υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας επιμένουν στους μετανάστες δεύτερης γενιάς από το Μαρόκο και την πρώην ολλανδική αποικία του Σουρινάμ. Παρόμοια υψηλά ποσοστά σε μετανάστες δεύτερης γενιάς παρατηρούνται σε μελέτες στη Δανία και τη Σουηδία. Μια μετανάλυση 18 ανεξάρτητων μελετών επίπτωσης απέδωσε έναν μέσο σταθμισμένο σχετικό κίνδυνο

σχιζοφρένειας 4,5 για τους μετανάστες δεύτερης γενιάς, ενώ το αντίστοιχο για τους αρχικούς μετανάστες ήταν 2,7. Όταν τα άτομα γίνονται μέρος μιας μειονότητας που υπόκεινται διακρίσεις, σε μία χώρα υποδοχής στην οποία δεν μπορούν να αφομοιωθούν πολιτισμικά, τότε προκύπτουν υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα κύματα μετανάστευσης στο Ισραήλ. Οι Εβραίοι που ήταν μειονότητες στις χώρες καταγωγής τους, έγιναν μέλη της πολιτιστικής πλειοψηφίας στο νεοσύστατο κράτος του Ισραήλ. Δεν υπόκεινται σε κοινωνικές διακρίσεις όπως οι μετανάστες στις Ευρωπαϊκές χώρες. Σε έρευνα που διεξήχθη σε αυτό τον πληθυσμό δεν παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας στους μετανάστες δεύτερης γενιάς που γεννήθηκαν στην Ιερουσαλήμ [(74)]. Όπως ακριβώς δεν παρατηρήθηκαν και στους Τούρκους της Ολλανδίας [(75)], αλλά και στους Ασιάτες του Ηνωμένου Βασιλείου, λόγω της μεταξύ τους ισχυρής κοινωνικής στήριξης των μειονοτήτων αυτών, που δρα προστατευτικά [(67)].

Τα παραπάνω ενισχύονται και από το γεγονός ότι οι μετανάστες παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας σε χώρες μακροχρόνιας μετανάστευσης, αλλά με χαμηλότερους δείκτες κινδύνου σε σύγκριση με εκείνους της πρόσφατης μετανάστευσης. Γίνεται σαφής η κοινωνική παραμόρφωση που υφίσταται ο μετανάστης στο πέρασμα του χρόνου [(76)].

3.2.4 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Πλέον αναγνωρίζεται το μεταναστευτικό stress ως παράγοντας εμφάνισης μιας σειράς από ψυχικές διαταραχές [(77)]. Η ραγδαία «Δυτικοποίηση» που υφίστανται οι μετανάστες, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας σε άτομα που έχουν τη γενετική προδιάθεση [(75)]. Ο «επιπολιτισμός», δηλαδή η προσπάθεια αφομοίωσης των νέων περιβαλλοντικών παραγόντων, η αναστάτωση που προκαλείται από αυτή τη διαδικασία [(63)], σε συνδυασμό με την αποξένωση της οικογένειας, φορτίζουν ψυχολογικά τον μετανάστη συμβάλλοντας στην εμφάνιση σχιζοφρένειας [(70)].

Έντονο στρες προκύπτει και από την καθημερινή έκθεση σε κοινωνική απομόνωση. Οι Cantor-Graae & Selten ανέφεραν την υπόθεση της κοινωνικής ήττας και των στρεσσογόνων συνεπειών της. Πειράματα σε αρουραίους έδειξαν αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα του στρες από την επιβολή υποτακτικότητας σε αυτά. Φυσικά δεν αποτελεί εξήγηση για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, παίζει όμως το ρόλο της σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο αιτιών [(34)].

3.2.5 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΣΦΑΛΜΕΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Συχνά οι πολιτισμικές διαφορές και η δυσχέρεια στην επικοινωνία καθιστούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας δύσκολη. Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονταν ότι η σχιζοφρένεια διαγιγνώσκεται ευκολότερα στους μετανάστες, με αποτέλεσμα την υπερδιάγνωση της νόσου [63]. Τα συμπτώματα του πολιτιστικού πένθους μπορεί να ερμηνευτούν ως σχιζοφρένεια σε συνδυασμό με τη δυσκολία στην κατανόηση λόγω γλώσσας και διαφορετικού πολιτισμού, αλλά και από το γεγονός ότι χρησιμοποιούνται σε μη δυτικούς, διαγνωστικά κριτήρια τα οποία έχουν κατασκευαστεί για δυτικούς πληθυσμούς. Ακόμα και το DSM – IV αναφέρει ότι η διάρκεια και η έκφραση του «φυσιολογικού» πένθους μπορεί να ποικίλει σημαντικά ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς [4].

Ωστόσο σήμερα υπάρχουν ερευνητικά εργαλεία, συστήματα ταξινόμησης και ευαισθητοποιημένοι κλινικοί ιατροί, με αποτέλεσμα τα ποσοστά της λανθασμένης διάγνωσης να μειώνονται σημαντικά. Παρόλα αυτά πρόσφατες μελέτες συνεχίζουν να αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όπως στη Μεγάλη Βρετανία οι Αφρο-καραϊβικής καταγωγής μετανάστες, τα οποία δεν μπορούν να αποδοθούν στην εσφαλμένη διάγνωση [34].

Τέλος σε Σκανδιναβικές χώρες και στην Ολλανδία, όπου ο ιδιωτικός φορέας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτος και τα αρχεία καταγραφής είναι έγκυρα και ακριβή, οι μετανάστες συνεχίζουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σχιζοφρένειας. Επιπρόσθετα, μελέτες follow up στη Μεγάλη Βρετανία δεν διαπίστωσαν διαγνωστική αστάθεια, μεταξύ των ασθενών από την Καραϊβική, σε σύγκριση με αυτούς από την Αφρική [34].

3.2.6 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών από τους μετανάστες, ιδίως της κάνναβης, αυξάνει κατά 2 φορές τον κίνδυνο εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Ωστόσο θα περίμενε κανείς η χρήση κάνναβης να προβλέπει έναν μεγαλύτερο κίνδυνο για τους άνδρες μετανάστες, αυτό όμως δεν παρατηρείται. Επιπλέον μελέτες σε μετανάστες με ψύχωση πρώτου επεισοδίου, εξετάζοντας τον παράγοντα της χρήσης παράνομων ουσιών δεν κατάφεραν να αποδείξουν κάποια συσχέτιση [34]. Γενικά ο ρόλος των ναρκωτικών συνεχίζει να είναι ασαφής [63].

3.3 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Οι μετανάστες και κυρίως οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν έναν μεγάλο αριθμό εμποδίων στην πρόσβαση και στην παροχή ψυχικής περίθαλψης. Τα κύρια εμπόδια είναι τα εξής:

1. **Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας υποδοχής, καθώς και με τα νομικά τους δικαιώματα ως προς την πρόσβαση σε αυτό.** Συχνά υποθέτουν ότι δεν δικαιούνται ή είναι ιδιαίτερα δύσκολη η πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Συχνά και οι επαγγελματίες υγείας αγνοούν τα δικαιώματα των μεταναστών, με αποτέλεσμα να αποτρέψουν ή να καθυστερήσουν την παραπομπή για ψυχική φροντίδα.
2. **Κακή ή μη γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής.** Ιδιαίτερα στις ψυχικές διαταραχές η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας είναι πολύ σημαντική για την ακριβή ανίχνευση των συμπτωμάτων, τη σωστή διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία. Ενώ η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών διερμηνείας οδηγεί σε παρεξηγήσεις, παρακώλυση της διαγνωστικής διαδικασίας και υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση του ψυχιατρικού προβλήματος.
3. **Διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία.** Οι μετανάστες είναι ετερογενείς ομάδες με διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις, οι οποίες επηρεάζουν την ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών, την αναζήτηση θεραπείας και τη συμπεριφορά κατά τη θεραπεία. Οι ψυχικές διαταραχές συχνά ερμηνεύονται ως υπερφυσικές σε ορισμένες πολιτισμικές ομάδες και τα συμπτώματα ως φυσικά και όχι ως προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον σε πολλές ομάδες πληθυσμών η ψυχική διαταραχή ταυτίζεται με αρνητική άποψη και στιγματισμό, ως εκ τούτου αποφεύγουν την αναζήτηση βοήθειας.
4. **Διαφορετικές πολιτισμικές προσδοκίες απέναντι στους επαγγελματίες υγείας.** Συχνά οι μεταναστευτικές ομάδες έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες από τους κλινικούς ιατρούς, λόγω της πεποίθησης ότι οι ιατροί έχουν ανώτερη θέση στην κοινωνία, οπότε περιμένουν από αυτούς να βελτιώσουν τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσής τους.
5. **Έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες υγείας και στις αρχές της χώρας υποδοχής.** Οι μετανάστες στηριζόμενοι στις προγενέστερες κακές εμπειρίες τους με τις αρχές μιας χώρας, φοβούνται να εμπιστευτούν ένα ξένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τις αρχές της χώρας υποδοχής. Η παράνομη είσοδος

ορισμένων μεταναστών εντείνει την έλλειψη εμπιστοσύνης, φοβούνται ότι θα αναφερθούν στις αρχές από τους επαγγελματίες υγείας. Συχνά η έλλειψη εμπιστοσύνης και η καχυποψία επεκτείνεται και στους διερμηνείς, λόγω προγενέστερων αρνητικών εμπειριών με διαβουλεύσεις υπό την καθοδήγηση διερμηνέα, με αποτέλεσμα οι μετανάστες να αποφεύγουν να αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες και σκέψεις [12].

3.4 ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η περίοδο μετά την μετανάστευση είναι πολύ σημαντική. Οι καλές κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες της χώρας υποδοχής μπορούν να μετριάσουν τις συνέπειες των προηγούμενων τραυματικών εμπειριών και να οδηγήσουν σε επιτυχή προσαρμογή [78]. Οι ψυχικές διαταραχές μειώνουν την ικανότητα των μεταναστών να ανασυνθέτουν τη ζωή τους και συντελούν στην κακή σωματική υγεία λόγω των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ένα τεράστιο κρυφό οικονομικό κόστος. Είναι επομένως σαφές ότι ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών είναι επείγουσα ανάγκη για μεταναστευτικούς πληθυσμούς [20].

Θα πρέπει να εφαρμοστούν ορισμένες αρχές ορθής πρακτικής, κοινές σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, όπως προκύπτει από δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε 14 και 16 ευρωπαϊκές χώρες αντίστοιχα, αν και οι χώρες αυτές έχουν διαφορετική οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης, διαφορετικές ρυθμίσεις και χρηματοδότηση των υπηρεσιών, καθώς και ιστορία μετανάστευσης. Οι κυριότερες αρχές είναι:

1. **Προώθηση της κοινωνικής ένταξης.** Η κοινωνική ένταξη επιτυγχάνεται μέσω της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της στέγασης. Η παροχή υποστήριξης για την εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής είναι καθοριστικής σημασίας για την κοινωνική ένταξη. Απαραίτητος κρίνεται και ο εντοπισμός των κενών στις δεξιότητες και τα προσόντα και στη συνέχεια η βοήθεια στην απόκτηση όλων αυτών, έτσι ώστε να διευκολυνθούν στην εύρεση απασχόλησης. Όσον αφορά τη στέγαση, απαραίτητη είναι η προώθηση επαφών με ανθρώπους από την ίδια εθνική ομάδα και η δημιουργία δεσμών, ώστε να ενισχύεται η ένταξη στην τοπική γειτονιά.
2. **Παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών.** Οι υπηρεσίες αυτές θα ασχολούνται ειδικά με πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και παράνομους μετανάστες, παρέχοντάς τους πληροφορίες και υποστήριξη. Θα πρέπει να είναι εύκολα διαθέσιμες, εξοικειωμένες με το υπόβαθρο της ομάδας που υποστηρίζουν, κατάλληλα εκπαιδευμένες στον εντοπισμό ψυχικών διαταραχών και στην παραπομπή στην κατάλληλη υπηρεσία

ψυχικής υγείας, βοηθώντας παράλληλα στην συνεργασία των ασθενών με τους κλινικούς ιατρούς [12]. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει επίσης να λάβουν υπόψη ότι υπάρχουν ορισμένες ομάδες μεταναστών και προσφύγων με συγκεκριμένες ανάγκες, όπως έγκυοι [17] και παιδιά [19]. Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ό,τι οι άνδρες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και οι κίνδυνοι αυτοί είναι τριπλάσιοι κατά την περιγεννητική περίοδο [17], ενώ τα παιδιά έχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης πολλών διαφορετικών ψυχιατρικών διαταραχών, που απαιτούν άμεση θεραπεία, ψυχική και ψυχική υγεία και υποστήριξη [25].

3. **Εξασφάλιση του συντονισμού των υπηρεσιών.** Οι υπηρεσίες σε συστήματα φροντίδας ψυχικής υγείας τείνουν να είναι κατακερματισμένες, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η πρόσβαση. Ο καλός συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών και η απλούστευση της διαδικασίας παραπομπής ή ακόμη και η ύπαρξη μιας ενιαίας υπηρεσίας, βοηθούν στη θεραπεία ασθενών με σύνθετες ανάγκες υγείας και τη μείωση των επιφυλάξεων ορισμένων προσφύγων σχετικά με τη θεραπεία ψυχικής υγείας. Προκειμένου μάλιστα για την έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών απαραίτητη είναι η ύπαρξη επαγγελματιών ψυχικής υγείας εντός των κέντρων κράτησης των προσφύγων.
4. **Παροχή πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης.** Η καλύτερη πρόσβαση και αξιοποίηση των υπηρεσιών επιτυγχάνεται μόνο εφόσον υπάρχει επαρκής πληροφόρηση στους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης και τις διαθέσιμες υπηρεσίες για τους μετανάστες. Συχνά οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα δικαιώματα των μεταναστών, τις υπηρεσίες που δύναται να χρησιμοποιήσουν και την υποστήριξη που διατίθεται σε τοπικό επίπεδο.
5. **Χρησιμοποίηση υπηρεσιών διερμηνείας και νέων τεχνολογιών.** Η υπέρβαση των γλωσσικών εμποδίων βελτιώνουν την πρόσβαση των προσφύγων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεργασία με τοπικούς φορείς διερμηνείας, τη χρήση επικυρωμένων ερωτηματολογίων αξιολόγησης σε διάφορες γλώσσες, την απασχόληση προσωπικού με γλωσσικές δυνατότητες και τη χρησιμοποίηση της λεγόμενης διαπολιτισμικής τηλεψυχιατρικής (τηλεδιάσκεψη με έναν κλινικό ιατρό, ο οποίος μιλάει την ίδια γλώσσα). Οι υπηρεσίες διερμηνείας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόσβαση στις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες των μεταναστών, και κατ' επέκταση της ανίχνευσης ψυχικών διαταραχών και της αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων [12].

6. **Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.** Η κατάρτιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πολιτισμική συνείδηση, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσουν τις διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις, επιτυγχάνοντας ακριβή διάγνωση και εμπλοκή των ασθενών στην κατάλληλη θεραπεία [12]. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να έχουν επίγνωση των πρώτων σημείων της ψύχωσης [33], να είναι σε θέση να εντοπίζουν τη συναισθηματική δυσφορία που υποκρύπτεται σε μη συγκεκριμένες σωματικές καταγγελίες [36], καθώς και τα συμπτώματα της PTSD σε αυτούς που έχουν υποστεί πρόσφατο ή παλαιότερο τραύμα [8]. Γενικά τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν μία πληθώρα ψυχιατρικών διαταραχών [29].

3.5 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα στοιχεία στην Ελλάδα όσον αφορά τη ψυχική υγεία των μεταναστών είναι περιορισμένα [79]. Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για τους τομείς ψυχικής υγείας των μειονοτήτων, καθιστούν την παροχή ικανοποιητικής ψυχιατρικής φροντίδας σε μεταναστευτικούς και μειονοτικούς πληθυσμούς ανέφικτη [80].

Η πλειοψηφία του μικρού αριθμού πρωτότυπων μελετών ασχολείται με την ψυχική υγεία και την κοινωνική ένταξη των παλιννοστούντων, και ελάχιστες με την ψυχική υγεία προσφύγων ή μεταναστών. Από τις μελέτες αυτές δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό [81].

Το χρονικό διάστημα 1997 – 1999 απευθύνθηκαν για βοήθεια στους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα 6.297 άνθρωποι εκ των οποίων οι 240 ζήτησαν ψυχολογική – ψυχιατρική υποστήριξη, ένα ποσοστό δηλαδή 3,8%. Οι κυριότερες διαγνώσεις ήταν: σωματόμορφες διαταραχές 45%, διαταραχές της διάθεσης 14%, αγχώδεις διαταραχές 29%, σχιζοφρένεια 7%, αλκοολισμός 2%, ενώ το 3% προσήλθε για οικογενειακά προβλήματα. Επίσης, μόνο το 8% των ασθενών είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν από την άφιξή του στην Ελλάδα, ενώ ένα 7% έπασχε από σχιζοφρένεια πριν τον ερχομό του, δηλ. μόνο το 1% παρουσίαζε από πριν κάποια ψυχική διαταραχή εκτός της σχιζοφρένειας. Οι δυσμενείς συνθήκες προσαρμογής δύναται να λειτουργήσουν ως αιτιολογικοί παράγοντες εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας, αλλά και ως πυροδοτικοί μηχανισμοί μιας προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής αν και το ποσοστό όπως αναφέρθηκε είναι πολύ μικρό [82].

Σύμφωνα με τις καταγραφές του Ελληνικού Διαπολιτισμικού Ιατρείου του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για το διάστημα 2000 – 2004 οι μετανάστες εμφάνιζαν άγχος/σωματοποίηση (28%), ψυχωτικές διαταραχές (31%) και συναισθηματικές

διαταραχές (33%). Οι μετανάστες από Αλβανία έπασχαν κυρίως από ψυχωτικές διαταραχές, ενώ από τις υπόλοιπες Βαλκανικές χώρες έπασχαν από συναισθηματικές κυρίως διαταραχές [23].

Οι Ντάλλα και συν. διαπιστώνουν ότι οι μετανάστες από Αλβανία εκδηλώνουν έντονο άγχος με διαταραχές ύπνου σε σχέση με τους γηγενείς και τους παλιννοστούντες Ελληνοποντίους [81]. Ενώ ο Μ. Λειβαδίτης αναφέρει ότι κατά τα έτη 1997-1999 στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Γ.Π.Ν. Αλεξανδρούπολης η νοσηρότητα μεταξύ γηγενών και μεταναστών (κυρίως Ελληνοποντίων) για τις ψυχωτικές διαταραχές δε διέφερε [23].

Στην έρευνα των Πράπα και συν. διαπιστώθηκε ότι η ψυχική υγεία των μεταναστών και των παλιννοστούντων δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη των γηγενών. Δεν αναπαραγόταν η σχέση μετανάστευσης και ευάλωτης σωματικής και ψυχικής υγείας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με απόψεις που συσχετίζουν την μετανάστευση με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας [83].

Τα τελευταία χρόνια σε συνέδρια έχουν ανακοινωθεί μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι μετανάστες που νοσηλεύονται ακούσια φαίνεται να είναι περισσότεροι από τους γηγενείς, ενώ η διάρκεια νοσηλείας τους είναι μικρότερη, χωρίς ωστόσο αυτό να επιβεβαιώνεται από όλες [23].

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει τις ψυχικές διαταραχές των μεταναστών που εισάγονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.). Συγκεκριμένα διερευνώνται: α) οι κυριότερες ψυχικές διαταραχές και η συχνότητα εμφάνισής τους, β) το ποσοστό των μεταναστών που διαγιγνώσκονται με ψυχωτική διαταραχή σε σύγκριση με το σύνολο των εισαχθέντων μεταναστών. Θα διερευνηθεί επίσης γ) αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ μεταναστών και ιθαγενούς πληθυσμού, ως προς τη διάγνωση, τα κλινικά χαρακτηριστικά (κλινική εικόνα, διάρκεια νοσηλείας, εκούσια έναντι ακούσιας νοσηλείας, προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιστορικό ψυχιατρικής νόσου στην οικογένεια, ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών, ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας), τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, ασφαλιστικός φορέας, τόπος διαμονής), την ύπαρξη ή μη ψυχοπιεστικού γεγονότος πριν την εισαγωγή. Θα διερευνηθούν επίσης δ) τα μεταναστευτικά χαρακτηριστικά που πιθανόν να συμβάλλουν σε αυξημένη νοσηρότητα των μεταναστών.

Η μελέτη αυτή προσπαθεί να διερευνήσει τις ανάγκες ψυχικής υγείας ενός ευάλωτου και ιδιαίτερου πληθυσμού, αυτό των μεταναστών, προκειμένου να συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το Ψ.Ν.Α., αλλά και κατ' επέκταση από τις υπόλοιπες ψυχιατρικές δομές, προς τα άτομα αυτά.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΥΛΙΚΟ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ψ.Ν.Α., αφού προηγουμένως ζητήθηκε και παραχωρήθηκε σχετική άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Καταρχήν μελετήθηκαν τα καταγραφέντα στοιχεία από το ηλεκτρονικό αρχείο του Γραφείου Κίνησης Ασθενών για το σύνολο των εισαχθέντων ασθενών για το χρονικό διάστημα από 01/01/2017 έως και 31/12/2018. Από αυτούς επιλέχθηκαν όλοι όσοι νοσηλεύτηκαν στο Ψ.Ν.Α., έχουν γεννηθεί εκτός Ελλάδας και δεν έχουν ελληνική υπηκοότητα. Στη συνέχεια στρατολογήθηκε μία ομάδα ελέγχου Ιθαγενών Ελλήνων ασθενών που εισάγονται στο Ψ.Ν.Α., την ίδια μέρα με τον εκάστοτε μετανάστη και εμφανίζουν παρόμοια χαρακτηριστικά ως προς το φύλο και την ηλικία. Έγινε εξομοίωση (matching) των μεταναστών και της ομάδας ελέγχου ως προς το φύλο 1:1 και προσπάθεια αντίστοιχης εξομοίωσης ως προς την ηλικία.

Στη συνέχεια αναζητήθηκαν από το αρχείο του Ψ.Ν.Α. οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών αυτών, προκειμένου να συλλεχτούν τα δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά.

Για το έτος 2017 βρέθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι και συλλέχθηκαν πληροφορίες για 226 μετανάστες και τον αντίστοιχο αριθμό γηγενών μαρτύρων, ενώ για το έτος 2018 για 196 μετανάστες και 196 μάρτυρες. Συνολικά μελετήθηκαν 422 μετανάστες και συγκρίθηκαν με 422 μάρτυρες – γηγενείς.

2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Αρχικά παρουσιάζονται περιγραφικά τα συλλεχθέντα στοιχεία. Για τις διάφορες συγκρίσεις μεταξύ μεταναστών και γηγενών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία x^2 (chi square) για τις κατηγορικές μεταβλητές. Όσον αφορά τις συνεχείς μεταβλητές διερευνήθηκε κατά πόσο ακολουθούν την κανονική κατανομή (δοκιμασία Kolmogorov - Smirnov). Εφόσον δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann – Whitney U test για ανεξάρτητα δείγματα.

Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε μέσω του προγράμματος Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συνολικά και για τα δύο έτη, 2017 και 2018, μελετήθηκαν 422 μετανάστες, εκ των οποίων 281 άρρενες και 141 θήλεα. Αντίστοιχοι ήταν και οι αριθμοί των γηγενών μαρτύρων εφόσον έγινε εξομοίωση ως προς το φύλο 1:1. Παρατηρείται διπλάσιο ποσοστό ανδρών που μεταναστεύουν 66,6% έναντι 33,4% γυναικών.

Αναφορικά με την ηλικία, έγινε προσπάθεια εξομοίωσης μεταξύ μεταναστών και γηγενών, χωρίς ωστόσο αυτό να καταστεί απόλυτα δυνατό. Η ηλικία είναι συνεχής μεταβλητή και στην προκειμένη περίπτωση δεν ακολουθεί κανονική κατανομή (δοκιμασία Kolmogorov – Smirnov στατιστικά σημαντική), όποτε εφαρμόστηκε μη παραμετρική δοκιμασία (Mann - Whitney U test – Independent Samples), όπου διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ μεταναστών και γηγενών. Η μέση ηλικία των μεταναστών είναι τα 34.86 έτη με σταθερή απόκλιση ± 12.148 (22.7 – 47), ενώ η μέση ηλικία των γηγενών μαρτύρων είναι τα 38.06 έτη με σταθερή απόκλιση ± 11.305 (26.76 –

49.37). Αν και έγινε προσπάθεια εξομοίωσης, παρόλα αυτά βρέθηκε ότι οι μετανάστες που νοσηλεύονται είναι μικρότερης ηλικίας από τους γηγενείς με στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται περιγραφικά τα συλλεχθέντα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.

Πίνακας 1: Κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Γηγενείς	**Μετανάστες**
Φύλο : άνδρες / γυναίκες	281/141 **(N=422)**	281/141 **(N=422)**
Ηλικία (μέση τιμή – σταθερή απόκλιση) min - max	**(N=422)** 38.06 (± 11.305) 17 – 73	**(N=422)** 34.86 (± 12.148) 16 – 77
Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος/σε διάσταση Χήρος	**(N=356)** 247 (69.4%) 37 (10.4%) 67 (18.8%) 5 (1.4%)	**(N=332)** 177 (53.3%) 101 (30.4%) 45 (13.6%) 9 (2.7%)
Παιδιά	87 (24.6%) **(N=353)**	129 (39.9%) **(N=323)**
Εκπαίδευση: Καμία Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Ανώτερη/ανώτατη	**(N=275)** 6 (2.2%) 33 (12.0%) 69 (25.1%) 125 (45.5%) 42 (15.3%)	**(N=133)** 13 (9.8%) 28 (21.1%) 18 (13.5%) 39 (29.3%) 34 (25.6%)
Έτη εκπαίδευσης (μέση τιμή – σταθερή απόκλιση)	**(N=275)** 11.13 (± 3.472)	**(N=133)** 10.20 (± 4.988)
Κοινωνική ασφάλιση: Άνευ Πρόνοιας ΕΟΠΥΥ Άλλο	**(N=422)** 239 (56.6%) 3 (0.7%) 169 (40.0%) 11(2.6%)	**(N=422)** 377 (89.3%) 2 (0.5%) 36 (8.5%) 7 (1.7%)

Εργασιακή κατάσταση:	**(N=246)**	**(N=172)**
Άνεργος	137 (55.7%)	118 (68.6%)
Σπουδαστής	9 (3.7%)	4 (2.3%)
Οικιακά	13 (5.3%)	8 (4.7%)
Μερική απασχόληση	8 (3.3%)	16 (9.3%)
Πλήρης απασχόληση	60 (24.4%)	19 (11.0%)
Συνταξιούχος	19 (7.7%)	7 (4.1%)
Είδος κατοικίας:	**(N=309)**	**(N=356)**
Άστεγος	10 (3.2%)	43 (12.1%)
Κρατούμενος	4 (1.3%)	34 (9.6%)
Camp	0	84 (23.6%)
Προστατευόμενος από ΜΚΟ και λοιπούς Οργανισμούς	1 (0.3%)	50 (14.0%)
Ξενοδοχείο	2 (0.6%)	0
Φιλοξενούμενος	7 (2.3%)	26 (7.3%)
Δικό του σπίτι (ενοικιαζόμενο ή ιδιόκτητο)	285 (92.2%)	119 (33.4%)

Όπου Ν είναι ο αριθμός των ασθενών για τους οποίους υπήρχε καταγεγραμμένη στον ιατρικό φάκελο η εκάστοτε πληροφορία, η οποία μελετάται κάθε φορά και τα ποσοστά που αναγράφονται σε παρένθεση είναι τα ποσοστά επί του συνόλου του εκάστοτε Ν αριθμού ασθενών.

Από τα παραπάνω κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ μεταναστών και γηγενών σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων και την ασφαλιστική κάλυψη.

Αναλυτικότερα όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, από τους 332 μετανάστες, οι 101 (30.4%) ήταν έγγαμοι και οι 177 (53.3%) άγαμοι, ενώ για τους γηγενείς το ποσοστό των έγγαμων ήταν 10.4% και των άγαμων 69.4%. Πρόκειται για μία στατιστικά σημαντική διαφορά [χ^2=42.976, df=1, p<0.0001], δηλαδή οι μετανάστες ήταν πιο συχνά παντρεμένοι σε σύγκριση με τους γηγενείς.

Στατιστικά σημαντική μεταξύ μεταναστών και γηγενών βρέθηκε και η ύπαρξη ή μη τέκνων, έχοντας οι πρώτοι συχνότερα παιδιά από τους δεύτερους [χ^2=18.141, df=1, p<0.0001]. Συγκεκριμένα από τους 323 μετανάστες για τους οποίους βρέθηκε η σχετική

πληροφορία, οι 129 είχαν παιδιά, ποσοστό 39.9%. Ενώ από τους 353 γηγενείς, οι 87 είχαν παιδιά, ποσοστό 24.6%.

Η ασφαλιστική κάλυψη ήταν άλλο ένα από τα χαρακτηριστικά που αναζητήθηκαν και καταγράφηκαν στην έρευνα, αναδεικνύοντας μία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ μεταναστών και γηγενών. Οι μετανάστες ήταν συχνότερα ανασφάλιστοι σε σύγκριση με τους γηγενείς ασθενείς (89.3% έναντι 56.6%) [χ^2=114.442, df=1, p<0.0001].

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των δημογραφικών στοιχείων μεταξύ μεταναστών και γηγενών - μαρτύρων.

Πίνακας 2: Στατιστικά σημαντικές διαφορές δημογραφικών στοιχείων μεταξύ μεταναστών και γηγενών

Μεταβλητή	**Γηγενείς**	**Μετανάστες**	**Στατιστικές δοκιμασίες**	**Αποτελέσματα σύγκρισης**
Φύλο (άνδρες/ γυναίκες)	**(N=422)** 281/141	**(N=422)** 281/141	Matching 1:1 μεταξύ μεταναστών και γηγενών	
Ηλικία (μέση τιμή - σταθερή απόκλιση)	**(N=422)** 38.06 (±11.305)	**(N=422)** 34.86 (±12.148)	Mann-Whitney U ανεξάρτητων δειγμάτων	Total N=844 Test statistic: 73266,5 Standard Error: 3539,876 p<0.001
Οικογενειακή κατάσταση έγγαμοι, (ποσοστό)	**(N=356)** 37 (10.4%)	**(N=332)** 101 (30.4%)	Chi square	Pearson χ^2: 42.976 df: 1 p<0.0001
άγαμοι, (ποσοστό)	177 (30.6%)	247 (69.4%)	Chi square	Pearson χ^2: 18.757 df: 1 p<0.0001
Τέκνα (ύπαρξη τέκνων)	**(N=353)** 87(24.6%)	**(N=323)** 129 (39.9%)	Chi square	Pearson χ^2: 18.141 df: 1 p<0.0001
Κοινωνική Ασφάλιση (ανασφάλιστοι/ ασφαλισμένοι)	**(N=422)** 239/183	**(N=422)** 377/45	Chi square	Pearson χ^2: 114.442 df: 1 p<0.0001

3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ

Αναφορικά με τις διαγνώσεις, αυτές κατηγοριοποιήθηκαν κατά ICD 10 και οι συχνότερες αυτών για τους μετανάστες ήταν 41% σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές, 20.1% συναισθηματικές διαταραχές, 13.5% νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές, 12.8% ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, 7.8% διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται περιγραφικά οι διαγνώσεις τόσο των μεταναστών, όσο και των γηγενών.

Πίνακας 3: Διαγνώσεις εξιτηρίου

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ	**Γηγενείς (N=422)**	**Μετανάστες (N=422)**
F00 - F09 : οργανικές ψυχικές διαταραχές	5 (1.2%)	5 (1.2%)
F10 - F19 : ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών	77 (18.2%)	54 (12.8%)
F20 - F29 : σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές	223 (52.8%)	173 (41.0%)
F30 - F39 : συναισθηματικές διαταραχές	81 (19.2%)	85 (20.1%)
F40 - F48 : νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές	4 (0.9%)	57 (13.5%)
F60 - F69 : διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς	19 (4.5%)	33 (7.8%)
F70 - F79 : νοητική υστέρηση	8 (1.9%)	2 (0.5%)
F80 - F89 : διαταραχές φυσιολογικής ανάπτυξης	3 (0.7%)	0
F90 - F98 : συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία	0	1 (0.2%)
Διάφορα άλλα	2 (0.5%)	12 (2.8%)

Όσον αφορά τις στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ μεταναστών και γηγενών, από τους 422 μετανάστες εμφάνισαν ψυχωτική διαταραχή οι 173 (41%), ενώ από τους 422 γηγενείς οι 223 (52.8%). Το ποσοστό των μεταναστών με σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές ήταν μικρότερο των γηγενών, με στατιστικά σημαντική διαφορά [χ^2=11.893, df=1, p=0.001], δηλαδή οι μετανάστες εμφάνιζαν λιγότερο συχνά ψυχωτική διαταραχή σε σχέση με τους γηγενείς. Ενώ εμφανίζουν το ίδιο συχνά συναισθηματικές διαταραχές.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην εμφάνιση νευρωτικών, σωματόμορφων και αγχωδών διαταραχών, με τους μετανάστες να τις εμφανίζουν περισσότερο συχνά [χ^2=49.637, df=1, p<0.0001], όπως περισσότερο συχνά εμφανίζουν επίσης διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους γηγενείς ασθενείς [χ^2=4.017, df=1, p=0.045].

Όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, φάνηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά ότι εμφανίζονται συχνότερα στους γηγενείς ασθενείς [χ^2=4.780, df=1, p=0.029].

Στον Πίνακα 4 οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους αναφορικά με τη διάγνωση.

Πίνακας 4: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ γηγενών και μεταναστών αναφορικά με τη διάγνωση

Μεταβλητή	**Γηγενείς (N=422)**	**Μετανάστες (N=422)**	**Στατιστικές δοκιμασίες**	**Αποτελέσματα σύγκρισης**
F10 - F19 : ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών	77 (18.2%)	54 (12.8%)	Chi square	Pearson χ^2: 4.780 df: 1 p= 0.029
F20 - F29 : σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές	223 (52.8%)	173 (41%)	Chi square	Pearson χ^2: 11.893 df: 1 p= 0.001

F40 - F48 : νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές	4 (0.9%)	57 (13.5%)	Chi square	Pearson χ^2: 49.637 df: 1 p< 0.0001
F60 - F69 : διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς	19 (4.5%)	33 (7.8%)	Chi square	Pearson χ^2: 4.017 df: 1 p= 0.045

3.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, διερευνήθηκε ο τρόπος παραπομπής του ασθενούς, η διάρκεια νοσηλείας, η κλινική εικόνα των συμπτωμάτων, η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού, η ηλικία έναρξης της νόσου για όσους έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, το ιστορικό απόπειρας, η παρουσία ψυχοπιεστικού παράγοντα πριν την εκδήλωση του επεισοδίου.

Φαίνεται πως οι μετανάστες δεν έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τους γηγενείς ως προς τον τρόπο παραπομπής τους (ακούσια – εκούσια νοσηλεία) και το ιστορικό κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών.

Στα υπόλοιπα όμως κλινικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν φαίνεται να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η διάρκεια νοσηλείας, όπως και η ηλικία έναρξης της νόσου για όσους έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ακολουθούν μη κανονική κατανομή, οπότε χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες, όπου διαπιστώθηκε ότι οι μετανάστες νοσηλεύονται για μικρότερα χρονικά διαστήματα σε σύγκριση με τους γηγενείς, με μια μέση διάρκεια νοσηλείας 18.85 (± 22.524) ημερών έναντι των 30.14 (± 51.408) ημερών των γηγενών και εμφανίζουν τη νόσο σε μεγαλύτερη ηλικία με μέση τιμή 28.36 έτη (± 11.525) έναντι της μέσης ηλικίας των 25.49 ετών (± 8.879) των γηγενών.

Οι μετανάστες εμφανίζουν πιο συχνά από τους γηγενείς αρνητικά ψυχωτικά συμπτώματα [χ^2=19.180, df=1, p<0.0001] ή και καθόλου ψυχωτικά συμπτώματα [χ^2=12.129, df=1, p<0.0001], ενώ φαίνεται να έχουν λιγότερο συχνά από τους γηγενείς προηγούμενο ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό [χ^2=7.362, df=1, p=0.007], αλλά περισσότερο συχνά ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια [χ^2=8.457, df=1, p=0.004] και να προβαίνουν πιο συχνά σε απόπειρα αυτοκτονίας με ποσοστό 31.1% έναντι του ποσοστού του 14.8% των γηγενών [χ^2=31.464, df=1, p<0.0001]. Επιπλέον έχουν βιώσει πριν την εκδήλωση του επεισοδίου ένα έντονα ψυχοπιεστικό γεγονός, πλην της μετανάστευσης, σε ποσοστό 75.6% έναντι του 55% των γηγενών με στατιστικά σημαντική διαφορά [χ^2=31.600, df=1, p<0.0001].

Αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, οι γηγενείς φαίνεται να προβαίνουν πιο συχνά σε κατάχρηση με ποσοστό 34% έναντι του 20.8% των μεταναστών με στατιστικά σημαντική διαφορά [χ^2=18.212, df=1, p<0.0001].

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά μεταναστών και γηγενών και οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

Πίνακας 5: Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου

Μεταβλητή	Γηγενείς	Μετανάστες	Στατιστικές δοκιμασίες	Αποτελέσματα σύγκρισης
Τρόπος παραπομπής: Εκούσια Ακούσια	**(N=422)** 152 (36%) 270 (64%)	**(N=422)** 128 (30.3%) 294 (69.7%)	Chi square	Pearson χ^2: 3.078 df: 1 p= 0.079
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες): (μέση τιμή – σταθερή απόκλιση) min max	**(N=422)** 30.14 (± 51.408) 1 1	**(N=422)** 18.85 (± 22.524) 650 205	Mann-Whitney U ανεξάρτητων δειγμάτων	Total N=844 Test statistic: 71526.0 Standard Error: 3539.424 p<0.001
Κλινική εικόνα συμπτωμάτων: Θετικά Αρνητικά Απουσία ψυχωτικών	**(N=417)** 370 (87.9%) 34 (8.1%) 17 (4.0%)	**(N=421)** 301 (71.5%) 77 (18.3%) 43 (10.2%)	Chi square	Pearson χ^2=34.616, df=1, p<0.0001 Pearson χ^2=19.180, df=1, p<0.0001 Pearson χ^2=12.129, df=1, p<0.0001
Προηγούμενο ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό	**(N=422)** 286 (67.8%)	**(N=422)** 248 (58.8%)	Chi square	Pearson χ^2:7.362 df: 1 p= 0.007
Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό	**(N=160)** 73 (45.6%)	**(N=81)** 53 (65.4%)	Chi square	Pearson χ^2: 8.457 df: 1 p= 0.004

Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ	**(N=418)** 142 (34%)	**(N=414)** 86 (20.8%)	Chi square	Pearson χ^2: 18.212 df: 1 p< 0.0001
Ιστορικό κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών	**(N=418)** 183 (43.8%)	**(N=415)** 173 (41.7%)	Chi square	Pearson χ^2: 0.373 df: 1 p= 0.541
Ιστορικό απόπειρας	**(N=419)** 62 (14.8%)	**(N=418)** 130 (31.1%)	Chi square	Pearson χ^2: 31.464 df: 1 p< 0.0001
Ψυχοπιεστικός παράγοντας	**(N=298)** 164 (55%)	**(N=377)** 285 (75.6%)	Chi square	Pearson χ^2: 31.600 df: 1 p< 0.0001

3.4 ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Όσον αφορά την καταγωγή των μεταναστών, προέρχονται κυρίως από Αλβανία 19%, Συρία 10.2%, Ιράκ 8.5%, Αφγανιστάν 7.1%, Ιράν 6.2%, Βουλγαρία 5%, Πακιστάν 4.5%, Ρουμανία 3.6% και Αλγερία 3.1%.

Στον Πίνακα 6 φαίνονται αναλυτικά οι χώρες καταγωγής των μεταναστών.

Πίνακας 6: Οι συχνότερες εθνικές προελεύσεις νοσηλευομένων μεταναστών

Καταγωγή μεταναστών	**Αριθμός μεταναστών**	**Ποσοστό μεταναστών επί του συνόλου**
Αλβανία	80	19.0%
Συρία	43	10.2%
Ιράκ	36	8.5%
Αφγανιστάν	30	7.1%
Ιράν	26	6.2%
Βουλγαρία	21	5.0%
Πακιστάν	19	4.5%
Ρουμανία	15	3.6%
Αλγερία	13	3.1%
Μαρόκο	9	2.1%
Ρωσία	9	2.1%
Αίγυπτος	7	1.7%
Γαλλία	7	1.7%
Πολωνία	7	1.7%
Γεωργία	6	1.4%
Ηνωμένο Βασίλειο	6	1.4%
Ουκρανία	6	1.4%
Γερμανία	5	1.2%
Ινδία	5	1.2%
Μολδαβία	5	1.2%
Ιταλία	4	0.9%
Νιγηρία	4	0.9%

3.5 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σχετικά με τα ιδιαίτερα μεταναστευτικά χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι μεταναστεύουν κυρίως μόνοι τους σε ποσοστό 58.4%, ενώ ο συχνότερος λόγος που τους οδηγεί στην απόφαση αυτή είναι οι διώξεις που δέχονται στη χώρα τους και η αναζήτηση ασύλου (46.6%). Το ποσοστό των μεταναστών που προβαίνουν στην εγκατάλειψη της χώρας τους λόγω αντιξοοτήτων ανέρχεται στο 81.7%, ενώ οι κύριες αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν είναι η ανέχεια και τα προβλήματα επιβίωσης (27.6%), τα βασανιστήρια και η σωματική κακοποίηση που υφίστανται (24.3%) και οι πολεμικές συρράξεις (23.2%).

Οι μετανάστες όμως αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες και μετά την εγκατάστασή τους στην Ελλάδα σε ποσοστό 90.1% με κυριότερο λόγο τις κακές συνθήκες διαβίωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 23.6% των μεταναστών που νοσηλεύτηκαν ζουν σε Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων (camp) και το 14.0% σε λοιπές δομές προστατευόμενες από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και άλλους Οργανισμούς.

Η μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα είναι 89.82 μήνες (± 114.585), με ελάχιστο χρόνο παραμονής τον 1 μήνα και μέγιστο τους 600 μήνες.

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται αναλυτικά τα μεταναστευτικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 7: Μεταναστευτικά χαρακτηριστικά

	Αριθμός μεταναστών	**Ποσοστό επί του συνόλου των Ν μεταναστών**
Με ποιους μεταναστεύει:	**N=375**	
Μόνος	219	58.4%
Φίλους	3	0.8%
Πατρική οικογένεια	75	20.0%
Δική του οικογένεια	71	18.9%
Πατρική και δική του οικογένεια	7	1.9%
Λόγοι που οδήγησαν στη μετανάστευση:	**N=358**	
Οικονομικοί	148	41.3%
Σπουδές	2	0.6%
Επανένωση οικογένειας	8	2.2%
Δίωξη / Άσυλο	167	46.6%
Άλλοι	33	9.2%

Αντιξοότητες πριν τη μετανάστευση:	**N=333**	
Ναι	272	81.7%
Όχι	61	18.3%
Ποιες ήταν οι αντιξοότητες πριν τη μετανάστευση:	**N=272**	
Πολεμικές συρράξεις	63	23.2%
Φυλάκιση	6	2.2%
Βασανιστήρια / Σωματική κακοποίηση	66	24.3%
Διώξεις	53	19.5%
Ανέχεια / Προβλήματα επιβίωσης	75	27.6%
Άλλες	9	3.3%
Αντιξοότητες μετά τη μετανάστευση:	**N=242**	
Ναι	218	90.1%
Όχι	24	9.9%
Ποιες ήταν οι αντιξοότητες μετά τη μετανάστευση:	**N=218**	
Ανεργία	16	7.3%
Κοινωνική απομόνωση	9	4.1%
Ρατσισμός / Διακρίσεις	7	3.2%
Προβλήματα με Νόμο / Αστυνομία	56	25.7%
Κακές συνθήκες διαβίωσης	123	56.4%
Άλλες	7	3.2%

Όπου N = ο αριθμός των μεταναστών για τους οποίους υπάρχει η σχετική πληροφορία

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι άντρες μετανάστες που νοσηλεύονται στο Ψ.Ν.Α. είναι διπλάσιοι από τις γυναίκες. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι η μετανάστευση είναι μία επίπονη και επικίνδυνη διαδικασία, όποτε συχνά οι γυναίκες δεν επιχειρούν να την πραγματοποιήσουν, έχοντας να φροντίσουν και παιδιά που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την μετανάστευση. Συχνά επίσης μεταναστεύουν πρώτα οι άντρες της οικογένειας και μόνο εφόσον διασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στο νέο κράτος, τότε ακολουθούν και οι γυναίκες με τα παιδιά. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για την Ελλάδα τον Ιανουάριο του 2018 το 40.4% ήταν άντρες, το 23.3% γυναίκες και το 36.4% παιδιά [(84)]. Άρα εφόσον ο αριθμός των αντρών μεταναστών είναι μεγαλύτερος δικαιολογημένα είναι και περισσότεροι αυτοί που πάσχουν.

Η μέση ηλικία των νοσηλευομένων μεταναστών είναι μικρότερη από τη μέση ηλικία των γηγενών. Ίσως να ναι αποτέλεσμα της επίπονης διαδικασίας της μετανάστευσης που έχουν υποστεί, αλλά και των αντιξοοτήτων με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι πριν την μετανάστευση, σε συνδυασμό με την προσπάθεια αφομοίωσης των νέων περιβαλλοντικών παραγόντων. Όλα αυτά φορτίζουν ψυχολογικά τον μετανάστη συμβάλλοντας στην ταχύτερη εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε όσους έχουν την προδιάθεση [(63)].

Οι μετανάστες είναι πιο συχνά παντρεμένοι και έχουν παιδιά σε σύγκριση με τους γηγενείς. Είναι αυτοί που επιδιώκουν ένα καλύτερο μέλλον για τα παιδιά τους και προβαίνουν στη μετανάστευση με όποιο κόστος, προκειμένου να τους το εξασφαλίσουν.

Είναι επίσης συχνότερα ανασφάλιστοι σε σχέση με τους γηγενείς. Αυτό αντανακλά τη δυσμενή κοινωνικο – οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Να σημειωθεί ότι το 90.1% των νοσηλευομένων μεταναστών αντιμετωπίζει αντιξοότητες και μετά την εγκατάσταση στη χώρα υποδοχής και κυρίως κακές συνθήκες διαβίωσης. Αυτό το γεγονός σε συνδυασμό με την απορρέουσα ματαίωση των προσδοκιών τους και την κοινωνική απομόνωση που βιώνουν σχετίζεται με την αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα [(4)(34)].

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα έτη εκπαίδευσης και την εργασιακή κατάσταση. Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και για τις δύο ομάδες με μέση τιμή τα 11.13 έτη για τους γηγενείς και τα 10.20 έτη για τους μετανάστες, ενώ τα ποσοστά ανεργίας ήταν εξίσου υψηλά φτάνοντας το 55.7% για τους γηγενείς και το 68.6% για τους μετανάστες. Πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι μακροχρόνιες ασθένειες με μικρή συνήθως ηλικία έναρξης, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν

αρνητικά την εκπαίδευση αλλά και την περαιτέρω επαγγελματική σταδιοδρομία. Μία άλλη πιθανή εκδοχή είναι πως οι γηγενείς ασθενείς με καλύτερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση απευθύνονται σε ιδιωτικές κυρίως υποδομές ψυχικής υγείας, προς αποφυγή του στιγματισμού που έχει ως αποτέλεσμα η νοσηλεία στο Ψ.Ν.Α..

4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ

Όσον αφορά τις διαγνώσεις, οι μετανάστες εμφανίζουν συχνότερα νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με τους γηγενείς, απόρροια των τραυματικών εμπειριών που έχουν βιώσει [(16)]. Το μετατραυματικό στρες είναι άμεσα συνυφασμένο με το πολεμικό κυρίως τραύμα και οι μετανάστες του δείγματος έχουν βιώσει σε μεγάλο ποσοστό πολεμικές συρράξεις, βασανιστήρια και διώξεις. Αυτό αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι έχουν βιώσει πριν από την εκδήλωση του επεισοδίου ένα έντονα ψυχοπιεστικό γεγονός, άλλο πλην της μετανάστευσης, με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τους γηγενείς. Επιπρόσθετα εμφανίζουν πιο συχνά σε σύγκριση με τους γηγενείς διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς, ίσως χωρίς αυτές τις διαταραχές η απόφαση της μετανάστευσης να ήταν περισσότερο δύσκολη.

Στη διεθνή βιβλιογραφία τα ευρήματα δεν είναι ομοιογενή. Μελέτες αναφέρουν ότι συχνά η ψύχωση υπερδιαγιγνώσκεται στους μετανάστες λόγω των πολιτισμικών διαφορών και τη δυσχέρεια στην επικοινωνία [(63)]. Σήμερα όμως τα ερευνητικά εργαλεία και τα συστήματα ταξινόμησης που είναι διαθέσιμα, σε συνδυασμό με τους ευαισθητοποιημένους ιατρούς έχουν ως αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση των ποσοστών της εσφαλμένης διάγνωσης [(34)], ίσως αυτό ακριβώς να αντικατοπτρίζουν και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με την οποία οι γηγενείς πάσχουν περισσότερο συχνά από ψυχωτικές διαταραχές σε σύγκριση με τους μετανάστες.

4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα ποσοστά των ακούσιων εισαγωγών στην εν λόγω μελέτη δεν επιβεβαίωσαν τα αυξημένα ποσοστά που αναφέρονται σε ορισμένες μελέτες [(23)]. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ μεταναστών. Ωστόσο επιβεβαίωσαν τη μειωμένη διάρκεια νοσηλείας των μεταναστών σε σχέση με τους γηγενείς, η οποία διαπιστώνεται από την πλειοψηφία των μελετών της διεθνούς αλλά και της ελληνικής βιβλιογραφίας [(23)].

Οι μετανάστες εμφανίζουν λιγότερο συχνά ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό, αλλά περισσότερο συχνά ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια και προβαίνουν πιο συχνά σε απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τους γηγενείς. Επιβεβαιώνοντας μια έρευνα που διεξήχθη μεταξύ των προσφύγων του Μπουτάν, η οποία έδειξε μια σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και του ψυχιατρικού κληρονομικού ιστορικού [36].

4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Η αναζήτηση της εθνικής προέλευσης των νοσηλευομένων μεταναστών του ΨΝΑ δείχνει ακριβώς την ετερογένεια της ομάδας (Αλβανία, Συρία, Ιράκ, Αφγανιστάν, κλπ) που για διευκόλυνση της έρευνας και της σύγκρισης με τους γηγενείς αποκαλούνται συνολικά μετανάστες. Προέρχονται όμως από διαφορετικές χώρες, μεταναστεύουν για διαφορετικούς λόγους, βιώνουν διαφορετικές εμπειρίες, έχουν διαφορετική διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα, δεν έχουν την ίδια αντιμετώπιση από την ελληνική κοινωνία, επομένως εμφανίζουν και διαφορετική ψυχοπαθολογία. Εάν όλες αυτές οι ιδιαιτερότητές τους δεν ληφθούν υπόψη μπορεί να προκύψουν εσφαλμένα συμπεράσματα.

4.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σχετικά με τα μεταναστευτικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι μετανάστες μεταναστεύουν μόνοι τους, κυρίως λόγω διώξεων και αναζήτηση ασύλου. Έχουν βιώσει σημαντικές δυσκολίες πριν τη μετανάστευση όπως ανέχεια, βασανιστήρια, σωματική κακοποίηση και πολεμικές συρράξεις. Βιώνουν όμως σε μεγάλο ποσοστό και αντιξοότητες μετά την εγκατάστασή τους στην Ελλάδα. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, είναι αυτά ακριβώς που απαιτούνται για την εκδήλωση μιας πληθώρας ψυχιατρικών διαταραχών [8][13][19].

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αλλά και την αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ψ.Ν.Α., παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης μιας ποικιλίας ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται κυρίως στην κοινωνική παραμόρφωση που υφίστανται, σε συνδυασμό με ψυχολογικούς παράγοντες.

Στις διάφορες μελέτες υπάρχει ένα ευρύ φάσμα όσον αφορά τα ποσοστά επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών μεταξύ διαφορετικών ομάδων μεταναστών, αναλόγως της χώρας προέλευσης, αλλά και της χώρας υποδοχής [(12)(13)(30)]. Η υψηλή μεταβλητότητα των ευρημάτων μπορεί επίσης να αποδοθεί σε διαγνωστικές διαφορές ή διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις των διαφόρων μελετών [(12)(46)], μπορεί όμως να οφείλεται και σε πραγματικές διαφορές των ποσοστών ανάλογα με τους αιτιολογικούς παράγοντες έκθεσης κατά περίπτωση [(46)]. Οι μετανάστες διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τα χαρακτηριστικά [(12)], τον πολιτισμό, τις αιτίες μετανάστευσης, τη διάρκεια διαμονής στη χώρα υποδοχής[(13)].

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η αδυναμία απόλυτης σύγκρισης των αποτελεσμάτων, καθώς και η γενίκευση αυτών. Επομένως οι έρευνες θα πρέπει να διευρυνθούν στο σύνολο, αλλά και σε ιδιαίτερες ομάδες μεταναστών, όπως εγκυμονούσες, παιδιά και ηλικιωμένοι, για τις οποίες οι μελέτες είναι ακόμη λιγότερες. Απώτερος στόχος των ερευνών θα πρέπει να είναι η κατανόηση των ψυχικών αναγκών των εκάστοτε μεταναστών και η δημιουργία πιο κατάλληλων παρεμβάσεων για την ψυχική τους υγεία ή ακόμη και η ανάπτυξη ειδικών κατευθυντήριων γραμμών βάσει τεκμηρίων.

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη ερευνά τα κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά και μεταναστευτικά χαρακτηριστικά μεταναστών με ψυχιατρικά προβλήματα. Τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο των μεταναστευτικών πληθυσμών, εφόσον δεν πρόκειται για μία επιδημιολογική μελέτη.

Επιπρόσθετα διενεργήθηκε σε ένα μόνο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, άρα πιθανόν να μην αντανακλά την πραγματική εικόνα των ψυχιατρικών διαταραχών και κατ' επέκταση των αναγκών ψυχικής υγείας των μεταναστών. Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη ότι ο κάθε μετανάστης έχει διαφορετικές ανάγκες ψυχικής υγείας, εφόσον ανήκει σε διαφορετικό πληθυσμό, με ιδιαίτερη πολιτισμική ταυτότητα και κουλτούρα.

Επιπλέον ο πληθυσμός της μελέτης είναι ενδονοσοκομειακός, οπότε πιθανόν να υπάρχει ο κίνδυνος, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία [(85)], της υποκειμενικής ουδού εισαγωγών, της προκαθορισμένης παραπομπής και της μεροληπτικής επιλογής στην αναζήτηση θεραπείας.

Επομένως τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλους τους μετανάστες σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Ίσως μάλιστα η μελέτη αυτή να θέτει περισσότερα ερωτήματα τελικά, από όσα δύναται να απαντήσει. Γίνεται όμως σαφές

ότι απαιτείται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας στον τομέα αυτό και ότι ο μετανάστης πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία ενιαία οντότητα, ο οποίος ανήκει σε μία επιβαρυμένη ομάδα με σοβαρά προβλήματα, κοινωνικά, ατομικών αναγκών, αλλά ενδεχομένως και ψυχιατρικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bohning W.R. (1978). International Migration and the Western World: Past, Present and Future. International Migration, 16

2. Baba H. (2014). A Short Review on the Origin and Migrations of Modern Humans (Homo sapiens). *Genes and Environment, 36(3):95-98)*

3. Κασιμάτη, Κ. (2003) : «Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης .Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών.», εκδόσεις GUTENBERG. Αθήνα , σελ.307 ε.π

4. BHUGRA D, BECKER MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. World Psychiatry [Internet]. 2005 Feb [cited 2019 Mar 24];4(1):18–24. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414713/

5. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ - Υπ. Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης - Ελληνική Αστυνομία [Internet]. [cited 2019 Mar 25]. Available from: http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=1852

6. Refugees UNHC for. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees [Internet]. UNHCR. [cited 2019 Mar 24]. Available from: https://www.unhcr.org/protection/basic/3b66c2aa10/convention-protocol-relating-status-refugees.html

7. Διεθνής προστασία: άσυλο και επικουρική προστασία | Υπηρεσία Ασύλου [Internet]. [cited 2019 Mar 24]. Available from: http://asylo.gov.gr/?page_id=414

8. Wilson FE, Hennessy E, Dooley B, Kelly BD, Ryan DA. Trauma and PTSD rates in an Irish psychiatric population. Disaster Health [Internet]. 2013 Dec 13 [cited 2019 Mar 24];1(2):74–83. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314892/

9. Mazur VM-L, Chahraoui K, Bissler L. Psychopathologies des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. L'Encéphale [Internet]. 2015 Jun 1

[cited 2019 Mar 24];41(3):221–8. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700614000384

10. Refugees UNHC for. 707th meeting summary record [Internet]. UNHCR. [cited 2019 Mar 24]. Available from: https://www.unhcr.org/excom/summary/5b72eb777/707th-meeting-summary-record.html

11. ΠΟΙΑ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΦΥΓΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ; [Internet]. [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=27423:lr-lr&catid=38:together

12. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. 2. RESULTS [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2016 [cited 2019 Mar 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391048/

13. Turrini G, Purgato M, Ballette F, Nosè M, Ostuzzi G, Barbui C. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2017 Aug 25 [cited 2019 Mar 24];11. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5571637/

14. Refugees UNHC for. Figures at a Glance [Internet]. UNHCR. [cited 2020 Jan 6]. Available from: https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html

15. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. CMAJ [Internet]. 2011 Sep 6 [cited 2019 Mar 24];183(12):E959–67. Available from: http://www.cmaj.ca/content/183/12/E959

16. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz 1999. 2018 Jun;40(2):220–5.

17. Fellmeth G, Plugge E, Paw MK, Charunwatthana P, Nosten F, McGready R. Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Apr 15;15:93.

18. Yalın Sapmaz Ş, Uzel Tanrıverdi B, Öztürk M, Gözaçanlar Ö, Yörük Ülker G, Özkan Y. Immigration-related mental health disorders in refugees 5-18 years old living in Turkey. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017;13:2813–21.

19. Mills EJ, Singh S, Holtz TH, Chase RM, Dolma S, Santa-Barbara J, et al. Prevalence of mental disorders and torture among Tibetan refugees: a systematic review. BMC Int Health Hum Rights. 2005 Nov 9;5:7.

20. Onyut LP, Neuner F, Ertl V, Schauer E, Odenwald M, Elbert T. Trauma, poverty and mental health among Somali and Rwandese refugees living in an African refugee settlement - an epidemiological study. Confl Health. 2009 May 26;3:6.

21. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I, et al. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2002 Dec;17(8):443–50.

22. Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, et al. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. BMC Public Health [Internet]. 2006 Jul 10 [cited 2019 Mar 26];6:182. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1544334/

23. Διατριβή: Μετανάστευση και ψυχική υγεία: μελέτη των ψυχικών διαταραχών και των αναγκών μεταναστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης - Κωδικός: 29094 [Internet]. [cited 2019 Mar 26]. Available from: http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/29094#page/1/mode/2up

24. Kaiser BN, Keys HM, Foster J, Kohrt BA. Social stressors, social support, and mental health among Haitian migrants in the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. 2015 Aug;38(2):157–62.

25. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T. Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. Neuropsychiatrie [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 24];30(3):145–50. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063909/

26. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. PloS One. 2017;12(2):e0171030.

27. Idemudia ES, Williams JK, Madu SN, Wyatt GE. Trauma Exposures and Posttraumatic Stress among Zimbabwean refugees in South Africa. Life Sci J. 2013 Sep 25;10(3).

28. Cheung Chung M, AlQarni N, AlMazrouei M, Al Muhairi S, Shakra M, Mitchell B, et al. The impact of trauma exposure characteristics on post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees. Psychiatry Res [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2019 Mar 24];259:310–5. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117303682

29. Kane JC, Ventevogel P, Spiegel P, Bass JK, van Ommeren M, Tol WA. Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. BMC Med. 2014 Nov 24;12:228.

30. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2015 Oct 28;15:29.

31. Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 24];20(3):449–62. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5423996/

32. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet [Internet]. 2005 Apr [cited 2019 Mar 24];365(9467):1309–14. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673605610276

33. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. BMJ. 2016 Mar 15;352:i1030.

34. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. Am J Psychiatry [Internet]. 2005 Jan [cited 2019 Apr 5];162(1):12–24. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.1.12

35. (PDF) Odegaard's Selection Hypothesis Revisited: Schizophrenia in Surinamese Immigrants to the Netherlands [Internet]. [cited 2019 Apr 6]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/11440637_Odegaard's_Selection_Hypothesis_Revisited_Schizophrenia_in_Surinamese_Immigrants_to_the_Netherlands

36. Aoe T, Shetty S, Sivilli T, Blanton C, Ellis H, Geltman PL, et al. Suicidal Ideation and Mental Health of Bhutanese Refugees in the United States. J Immigr Minor Health Cent Minor Public Health [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Mar 24];18(4):828–35. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4905789/

37. Kaplan & Sadock's. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Νέα έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας;2017.

38. Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι.Α., Λύκουρας Ε., Σύγχρονη Ψυχιατρική, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2013.

39. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. :8.

40. Χριστοδούλου Γ.Ν. και Συνεργάτες. Ψυχιατρική. Τόμος 1. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα. 2000

41. Χριστοδούλου Γ.Ν., Τομαράς Δ., Οικονόμου Μ.Π.. Από το ψυχιατρείο στην κοινότητα – Το πρόγραμμα της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις. 2005

42. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 Feb 22];12(3):271–87. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181977/

43. McGlashan TH. Eugen Bleuler: Centennial Anniversary of His 1911 Publication of Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. Schizophr Bull [Internet]. 2011

Nov [cited 2019 Feb 22];37(6):1101–3. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196955/

44. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. Schizophr Bull [Internet]. 2011 May [cited 2019 Feb 22];37(3):471–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080676/

45. Stilo SA, Murray RM. The epidemology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 Feb 23];12(3):305–15. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181982/

46. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. The Lancet [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Mar 4];388(10039):86–97. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615011216

47. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiol Rev [Internet]. 2008 May 14 [cited 2019 Feb 23];30(1):67–76. Available from: https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxn001

48. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. BMJ [Internet]. 2007 Jul 14 [cited 2019 Mar 4];335(7610):91–5. Available from: http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.39227.616447.BE

49. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. The Lancet [Internet]. 2009 Aug [cited 2019 Mar 12];374(9690):635–45. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609609958

50. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(4):295–301.

51. Galletly CA. Premature death in schizophrenia: bridging the gap. Lancet Psychiatry [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2019 Apr 23];4(4):263–5. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)300792/abstract

52. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. Arch Gen Psychiatry. 2003 Dec;60(12):1187–92.

53. Brown AS. Exposure to Prenatal Infection and Risk of Schizophrenia. Front Psychiatry [Internet]. 2011 Nov 23 [cited 2019 Mar 12];2. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222883/

54. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S, Schaefer CA, Wyatt RJ, Bresnahan M, et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2004 Aug;61(8):774–80.

55. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. Arch Gen Psychiatry. 2001 Nov;58(11):1039–46.

56. Cantor-Graae E, Pedersen CB, Mcneil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: A Danish population-based cohort study. Br J Psychiatry [Internet]. 2003 Feb [cited 2019 Apr 6];182(02):117–22. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000269742/type/journal_article

57. Morgan C, Fisher H. Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma—A Critical Review. Schizophr Bull [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2019 Mar 21];33(1):3–10. Available from: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/33/1/3/1926990

58. Magill's Encyclopedia of Social Science: Psychology. California: Salem Press, Inc. 2003. pp. 718 – 719

59. Bilder RM, Goldman RS, Volavka J, Czobor P, Hoptman M, Sheitman B, et al. Neurocognitive Effects of Clozapine, Olanzapine, Risperidone, and Haloperidol in Patients With Chronic Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2019 Mar 12]; Available from: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.159.6.1018

60. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013

61. Odegaard O. (1932). Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr Neur Scand.* 7(suppl 4): 1-206

62. Sashidharan S. Afro-Caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatr. 1993,* 5: 129-144

63. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 May;39(5):350–7.

64. Mahy GE, Mallett R, Leff J, Bhugra D. First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. Br J Psychiatry J Ment Sci. 1999 Jul;175:28–33.

65. Bhugra D, Hilwig M, Hossein B, Marceau H, Neehall J, Leff J, et al. First-Contact Incidence Rates of Schizophrenia in Trinidad and One-Year Follow-up. Br J Psychiatry [Internet]. 1996 Nov [cited 2019 Apr 6];169(05):587–92. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000026374/type/journal_article

66. Bhugra D, Bhui K. African-Caribbeans and schizophrenia: contributing factors. Adv Psychiatr Treat. 2001 Jul 1;7:283–91.

67. Bhugra D, Leff J, Mallett R, Der G, Corridan B, Rudge S. Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Asians in London. Psychol Med. 1997 Jul;27(4):791–8.

68. Veling W, Selten J-P, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. Schizophr Res. 2006 Sep;86(1–3):189–93.

69. Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. Adv Psychiatr Treat [Internet]. 2001 May [cited 2019 Apr 5];7(3):216–22. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355514600009767/type/journal_article

70. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clin

Pract Epidemiol Ment Health CP EMH [Internet]. 2005 Aug 31 [cited 2019 Apr 7];1:13. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1236945/

71. Cooper B. Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited. :3.

72. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. Psychol Med. 2006 Nov;36(11):1541–50.

73. Kirkbride JB, Jones PB, Ullrich S, Coid JW. Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. Schizophr Bull. 2014 Jan;40(1):169–80.

74. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, Deutsch L, Fennig S, Manor O, et al. Incidence of Schizophrenia Among Second-Generation Immigrants in the Jerusalem Perinatal Cohort. Schizophr Bull [Internet]. 2009 May [cited 2019 Apr 7];35(3):596–602. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669576/

75. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W, et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2001 Apr;178:367–72.

76. Dealberto M-J. Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. Acta Psychiatr Scand. 2010 May;121(5):325–39.

77. Bhugra D. Migration and schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;(407):68–73.

78. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. Compr Psychiatry. 2014 May;55(4):818–25.

79. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. BMC Med. 2018 13;16(1):40.

80. Minas IH, Australia. Bureau of Immigration M, Research P. Mental health services for NESB immigrants : transforming policy into practice [Internet]. Canberra : Australian Govt. Pub. Service; 1996 [cited 2019 Apr 6]. Available from: https://trove.nla.gov.au/version/45620311

81. Mighealthnet: Έκθεση για την Υγεία των Μεταναστών στην Ελλάδα. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Ιατρική Σχολή. Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής. Μάρτιος 2009. Διαθέσιμο στο: www.mighealth.net/el

82. Μπουφίδης Σ. Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Γιατροί Χωρίς Σύνορα. 1999. Διαθέσιμο στο: www.msf.gr

83. Πράπας Χ., Μαυρέας Β..Ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και ποιότητα ζωής Ελλήνων, Αλβανών μεταναστών και Ποντίων παλιννοστούντων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015; 32 (6): 766 - 776. [Internet]. [cited 2020 Jan 13]. Available from: http://www.mednet.gr/archives/2015-6/pdf/766.pdf

84. Situation Mediterranean Situation [Internet]. [cited 2020 Jan 6]. Available from: https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179

85. Zolkowska K, Cantor-Graae E, McNEIL TF. Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis ? Psychol Med [Internet]. 2001 May [cited 2019 Dec 30];31(4):669–78. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291701003786/type/journal_article

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΥΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΘΕΝΗ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο ασθενούς :

Όνομα Πατρός:

Ημερομηνία γέννησης :

Ηλικία :

Φύλο : □ άρρεν □ θήλυ

Τόπος γέννησης :

Οικογενειακή κατάσταση : □ άγαμος

□ διαζευγμένος / σε διάσταση

□ έγγαμος

□ χήρος

Τέκνα: □ Όχι

□ Ναι

Υπηκοότητα – Εθνικότητα : □ Ελληνική

□ άλλη Αν άλλη, ποια :

Έτη εκπαίδευσης :

Εκπαίδευση : □ Καμία

□ Δημοτικό

□ Γυμνάσιο

□ Λύκειο

□ Ανώτερες/ανώτατες σπουδές

Επάγγελμα (στην παρούσα φάση) : □ Όχι

□ Ναι

Παρούσα εργασιακή κατάσταση : □ Άνεργος

□ Σπουδαστής

□ Οικιακά

□ Μερική απασχόληση

□ Πλήρης απασχόληση

□ Συνταξιούχος γήρατος

Λαμβάνει κάποιο επίδομα : □ Όχι

□ Ναι Αν ναι, τι είδους :

Περιοχή διαμονής :

Είδος κατοικίας : □ Άστεγος

□ Κρατούμενος

□ Camp (Κέντρο Φιλοξενίας Προσφύγων)

□ Υπό την φροντίδα των Τοπικών Αρχών, προστατευόμενος από ΜΚΟ

□ Ξενοδοχείο

□ Φιλοξενούμενος (συγγενείς/φίλοι)

□ Δικό του σπίτι (ή οικογένειας)

Κοινωνική ασφάλιση : □ Άνευ

□ Πρόνοια

□ ΕΟΠΥΥ

□ Άλλο

Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια : □ Όχι

□ Ναι

Τρόπος παραπομπής : □ Εκούσια

□ Εισαγγελική εντολή / Ακούσια

Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό : □ Όχι

□ Ναι Εάν ναι ηλικία έναρξης νόσου:

Χαρακτήρας πρώτων Ψυχωτικών συμπτωμάτων : □ θετικά

□ αρνητικά

□ χωρίς

Κατάχρηση αλκοόλ : □ Όχι

□ Ναι

Κατάχρηση ουσιών : □ Όχι

□ Ναι

Απόπειρες αυτοκτονίας: □ Όχι

□ Ναι

Ημερομηνία εισαγωγής:

Διάγνωση εισαγωγής:

Ημερομηνία εξόδου:

Διάγνωση εξόδου:

Διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες):

Ψυχοπιεστικό γεγονός : □ Όχι

□ Ναι

Γ. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Από ποια χώρα έρχεται :

Ηλικία εγκατάστασης στην Ελλάδα:

Διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα:

Μετανάστευσε με : □ Μόνος

□ Φίλους

□ Δική του οικογένεια

□ Πατρική οικογένεια

□ Πατρική και δική του οικογένεια

Κύριοι λόγοι μετανάστευσης : □ Οικονομικοί

□ Σπουδές

□ Επανένωση οικογένειας

□ Δίωξη / Άσυλο

□ Άλλοι

Αν άλλοι, ποιοι :

Αντιξοότητες πριν / κατά τη μετανάστευση : □ Όχι

□ Ναι

Αν ναι ποιες : □ Πολεμικές συρράξεις

□ Φυλάκιση

□ Βασανιστήρια / σωματική κακοποίηση

□ Διώξεις

□ Ανέχεια/ προβλήματα επιβίωσης/λιμός

□ Άλλες (ποιες)

Αντιξοότητες μετά τη μετανάστευση : □ Όχι

□ Ναι

Αν ναι ποιες : □ Παρατεταμένες περίοδοι ανεργίας;

□ Εργασία κατώτερη των προσόντων / δυνατοτήτων;

□ Κοινωνική απομόνωση;

□ Ρατσισμός / διακρίσεις;

□ Προβλήματα με το νόμο / Αστυνομία;

□ Κακές συνθήκες διαβίωσης

□ Άλλες (ποιες)