



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η συμβολή της μετανάστευσης και προσφυγικότητας
στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών**

Δημήτρης Μιμαράκης

Κοινωνικός λειτουργός

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 - 2. Σ. Κουκούλη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας



© 2010
Δημήτρης Μιμαράκης
ALL RIGHTS RESERVED

*Οι μεταναστευτικές διαδικασίες αποτελούν έναν ζωντανό οργανισμό,
όχι ένα παθητικό αντικείμενο,
στο οποίο μπορούμε να παρέμβουμε χωρίς να περιμένουμε μία αντίδραση.*

Lino Losi
Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| Ευρετήριο πινάκων..... | 1 |
| Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας..... | 2 |
| Abstract..... | 3 |
| 1. Εισαγωγή..... | 4 |
| 2. Σκοπός και στόχος εργασίας..... | 5 |
| 3. Μεθοδολογία έρευνας..... | 6 |
| 4. Σχέση μετανάστευσης και ψυχικής υγείας στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία..... | 6 |
| 5. Ψυχική υγεία και επιβαρυντικοί παράγοντες..... | 10 |
| 6. Διαπολιτισμική ψυχιατρική και επιπολιτισμός..... | 13 |
| 7. Στάδια μετανάστευσης..... | 15 |
| 8. Περιορισμοί στον σχεδιασμό και την εκπόνηση των ερευνών..... | 16 |
| 9. Ερευνητικό μέρος – Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας..... | 18 |
| 9.1 Πρόγραμμα “Ιόλαος” - Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες..... | 20 |
| 9.1.1 Κέντρο Ημέρας “ΒΑΒΕΛ”..... | 24 |
| 9.1.2 Πολυϊατρείο Γιατρών του Κόσμου..... | 29 |
| 9.1.3 Διαπολιτισμικό Ιατρείο Αιγινήτειου Νοσοκομείου..... | 33 |
| 9.2 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα..... | 35 |
| 10. Συμπεράσματα..... | 38 |
| 11. Προτάσεις..... | 39 |
| Πίνακες..... | 41 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 43 |

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1.: Σύνολο ερωτηθέντων έρευνας..... | 19 |
| Πίνακας 2.: Επαγγελματικές ειδικότητες ερωτηθέντων έρευνας..... | 19 |
| Πίνακας 3.: Χώρες καταγωγής χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 25 |
| Πίνακας 4.: Καθεστώς παραμονής στην Ελλάδα χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 26 |
| Πίνακας 5.: Κατάσταση απασχόλησης χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 26 |
| Πίνακας 6.: Επίπεδο γνώσης ελληνικής γλώσσας χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 26 |
| Πίνακας 7.: Περιεχόμενο αιτημάτων χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 27 |
| Πίνακας 8.: Ψυχιατρικές διαγνώσεις χρηστών Κέντρου Ημέρας "BABEL"..... | 27 |
| Πίνακας 9.: Ψυχιατρικές διαγνώσεις χρηστών Διαπολιτισμικού Ιατρείου Αιγινήτειου Νοσοκομείου..... | 34 |
| Πίνακας 10.: Μετανάστες ανά 1.000 κατοίκους στην Ευρώπη των 27 Κρατών – μελών κατά το έτος 2006. Πηγή Eurostat Migration Statistics..... | 41 |
| Πίνακας 11.: Μετανάστες στην Ελλάδα κατά υπηκοότητα σε ποσοστά και απόλυτους αριθμούς. Πηγή: ΕΣΥΕ-Απογραφή 2001..... | 42 |

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Η συμβολή της μετανάστευσης και προσφυγικότητας
στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών

Του Μιμαράκη Δημήτρη

Υπό τη επίβλεψη των:

1. **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής,

Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης

2. **Σ. Κουκούλη**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι.
Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Ημερομηνία: Ιούνιος 2010

Λέξεις κλειδιά: Μετανάστευση, Προσφυγικότητα, Ψυχική διαταραχή

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματεύεται τη συμβολή του φαινομένου της μετανάστευσης και προσφυγικότητας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Ουσιαστικά, επιχειρείται η καταγραφή και η ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης λειτουργίας των Υπηρεσιών που άπτονται του ερευνητικού θέματος στην Αθήνα, μέσα από συνεντεύξεις σε απασχολούμενους ψυχίατρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Τα δεδομένα που προκύπτουν παρουσιάζουν το μέγεθος και την έκταση του θέματος, τις ελλείψεις και τα κενά που αφορούν στην αντιμετώπιση και την προσαρμογή των αλλοδαπών με ψυχικές διαταραχές στη χώρα μας, περιγράφουν το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των χρηστών των Υπηρεσιών και ουσιαστικά, όλες αυτές οι πτυχές συμβάλλουν στην διερεύνηση της συμβολής της πληθυσμιακής μετακίνησης στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, ουσιαστικά η εμπειρία της μετανάστευσης και κυρίως της προσφυγικότητας δύναται να συμβάλει τόσο στην εκδήλωση όσο και στην ανάπτυξη μίας ψυχικής διαταραχής. Το ίδιο το γεγονός αποτελεί αναμφισβήτητο σημαντικό σταθμό στην πορεία ζωής ενός ατόμου ενώ η εμπειρία που λαμβάνει χώρα, τις περισσότερες φορές κάτω από στρεσογόνους ψυχοπρεστικούς παράγοντες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία τόσο του μετανάστη όσο και του πρόσφυγα.

Abstract

Title: The contribution of immigration and recourse to the development of psychiatric diseases.

By Dimitris Mimarakis

Supervisors: 1. A. Filalithis, Assistant Professor, Social Medicine factor,
University of Crete
2. S. Koukouli, Professor of TEI of Crete, School of Health and Welfare
Sciences

Date: June 2010

Key words: Immigration, Recourse, Mental Health

The current research project is concerned on how the immigration and the recourse contribute to the development of mental health problems and also, to the current functionality of the Services for immigrants and refugees in Athens and how this is being recorded and analyzed, through interviews to psychiatrists, psychologists and social workers. The data that occur, show the dimensions of the matter, which concern in the confrontation and the adaptation of foreigners with psychiatric diseases in our country and describe the social – demographic profile of those Service’s users.

Concerns to the results of the research, substantially, the experience of immigration and mainly of recourse, may contribute to the expression and development of a psychiatric disease. The fact is undeniably, an important determinant to a person’s life and the experience and the feeling of intense stress may contribute negatively to the mental health of an immigrant or a refugee.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, σημειώνονται στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο τρεις σημαντικές περιόδους πληθυσμιακών μετακινήσεων, γύρω από τους δύο Παγκόσμιους Πολέμους καθώς και κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ο συνολικός αριθμός των μεταναστών παγκοσμίως το 2006 ανερχόταν στα 200 εκατομμύρια. [Lindert http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4WJC5WH-1&_user=275166&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_auct=C000059642&_version=1&_urlVersion=0&_userid=275166&_md5=dab0f939b5a374c52a7ba23f32360f5a - cor1mailto:j.lindert@efh-ludwigsburg.de, J., Ondine S. von Ehrenstein, Stefan Priebe, Mielck, A. and Brähler, E. 2009] Πιο συγκεκριμένα, η Eurostat για το ίδιο έτος δηλώνει συνολικό αριθμό 3.500.000 μεταναστών για την Ευρώπη των 27 Κρατών – μελών και για τη χώρα μας αριθμό 86.693 μεταναστών, εκ των οποίων οι 18.588 κατάγονται από χώρες της Ευρώπης των 27 και 68.105 από χώρες μη Ευρωπαϊκές. [Herm, A. 2008]. Σύμφωνα με την Απογραφή πληθυσμού του 2001 της ΕΣΥΕ, οι αλλοδαποί στο σύνολο της χώρας ανέρχονται στις 762,191 και ο κύριος λόγος παραμονής τους είναι η εργασία. Από τα ίδια στοιχεία της Απογραφής πληθυσμού του 2001, οι εγκατεστημένοι πρόσφυγες ανέρχονται στις 2,927 και ανευρίσκονται σχεδόν αποκλειστικά στην Αττική και διάσπαρτα σε άλλα αστικά κέντρα. Δημοσίευτες μελέτες αναφέρουν πως περίπου σε ένα νόμιμο μετανάστη αντιστοιχεί ένας παράνομος ενώ υπολογίζεται ότι το 3% του συνολικού πληθυσμού της γης είναι μετανάστες.

Η γεωγραφική μετακίνηση ατόμων λαμβάνει χώρα συνήθως με σκοπό την βελτίωση ή και την ανάπτυξη της κοινωνικής ευημερίας του ατόμου. Οικονομικοί και συνεπώς εργασιακοί κυρίως λόγοι αποτελούν την κύρια αιτία εγκατάλειψης της χώρας καταγωγής. Η πράξη αυτή γίνεται είτε εθελούσια είτε αναγκαστική μολονότι πολλές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί η διαφορά μεταξύ των δύο, συνήθως η μετανάστευση περιλαμβάνει και τα δύο αυτά στοιχεία είτε άμεσα είτε έμμεσα.

Οι μετανάστες διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες κυρίως βάσει των αιτιών της μετακίνησής τους, ζητούντες μόνιμη ή εποχιακή εργασία, άτομα με μόνιμη ή προσωρινή άδεια παραμονής στη χώρα. Διαφορετική ομάδα αποτελούν οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο.

Αναμφίβολα, τόσο η διαδικασία λήψης απόφασης για την εγκατάλειψη της πατρίδας και το χρονικό πλαίσιο που αυτή απαιτεί όσο και η φάση της υλοποίησης της απόφασης, δημιουργούν και συνυπάρχουν με πολλούς στρεσογόνους παράγοντες και αρνητικές για την υγεία του ατόμου συνθήκες. Η διαδικασία μετάβασης από ένα πολιτισμικό πλαίσιο σε ένα άλλο μπορεί να μετατραπεί σε μια πολύ αγχωτική διαδικασία, με ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις στη ψυχική υγεία των ατόμων. Στην πραγματικότητα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001, p.13) ισχυρίζεται ότι *«συνήθως η μετανάστευση δεν φέρνει τη βελτιωμένη κοινωνική ευημερία μάλλον... οδηγεί συχνά... στην έκθεση των μεταναστών σε κοινωνική πίεση και στον αυξανόμενο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών»*.

[Stillman, S., McKenzie, D. and Gibson, J. 2009]. Η ψυχική υγεία των μεταναστών φαίνεται να επηρεάζεται από την εμπειρία στη πατρίδα τους, τη διαδικασία της μετανάστευσης και συνεπακόλουθα από τις συνθήκες διαβίωσης στη χώρα υποδοχής.

Η παγκόσμια βιβλιογραφία τονίζει πως η γνώση μας για τη συμβολή της μετανάστευσης στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών είναι λιγοστή και ασαφής μολονότι, αρκετοί ερευνητές και συγγραφείς έχουν πειστεί για τη θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο όπως ο Pernice και λοιποί, (2000, σελ. 24) που όπως δηλώνουν «τα δυσμενή αποτελέσματα της μετανάστευσης στη ψυχική υγεία έχουν ερευνηθεί ευρέως και έχουν καθιερωθεί».
[Stillman, S., McKenzie, D. and Gibson, J. 2009]

Εν τούτοις, υφίστανται αρκετές υποθέσεις και θεωρίες που αποδεικνύουν ότι η μετανάστευση έχει μια αιτιώδη επίδραση στη ψυχική υγεία. Η αποδημία περιλαμβάνει τις εκτεταμένες αλλαγές σχεδόν σε όλα τα στοιχεία που περιβάλλουν ένα άτομο, με τις αλλαγές στο κλίμα, τη γλώσσα, τον πολιτισμό, τη θέση και τις κοινωνικές σχέσεις. Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι κάθε άτομο που μεταναστεύει βιώνει μία συναισθηματική απώλεια. Αρκετές ψυχικές διαταραχές ενδέχεται να προκύψουν από αυτό το αίσθημα. [Stillman, S., McKenzie, D. and Gibson, J. 2009].

Ο Παύλος Θεοδωράκης, Εθνικός Αντιπρόσωπος στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την Ψυχική Υγεία και η κοινωνιολόγος Κατερίνα Χρυσανθοπούλου, γράφουν σε σχετικό τους άρθρο πως πάνω από το 50% των μεταναστών ανά τον κόσμο έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν χρόνιες ψυχικές διαταραχές, τραυματικές εμπειρίες και ψυχική ένταση. [Σαραντίδης, Δ. 2008]

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

I. Μετανάστης

Ως μετανάστης ορίζεται το άτομο όπου με δική του επιλογή εγκαθίσταται - συνήθως μόνιμα - σε άλλη χώρα από αυτήν της καταγωγής του.

II. Πρόσφυγας

Η Διεθνής Σύμβαση της Γενεύης (1951) και το πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης (1967) ορίζουν ως πρόσφυγα, "κάθε άτομο που, λόγω δικαιολογημένου φόβου δίωξης για λόγους φυγής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του, και αδυνατεί ή, εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν θέλει, να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής."
[Σταθόπουλος, Π. 1999 σελ. 387]

III. Ψυχική Διαταραχή

Ως ψυχική διαταραχή, θεωρείται μία λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανάκλαται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς απ' τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας.
[Παπαγεωργίου, Ε.Γ. 2004 σελ. 13]

2. Σκοπός και στόχος της εργασίας

Σκοπό την μεταπτυχιακής εργασίας αποτελεί η διερεύνηση δύο πολύ σημαντικών "κεφαλαίων" για την επιστημονική κοινότητα με σαφή αντίκτυπο τόσο στον τομέα της δημόσιας υγείας όσο και συνεπώς στην ευρύτερη κοινωνία. Η συμβολή της - συνήθως μόνιμης - αλλαγής χώρας διαμονής στην ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής είτε αυτή αφορά σε έναν μετανάστη είτε σε έναν πρόσφυγα. Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ του γεγονότος της

αλλαγής χώρας κατοικίας είτε εθελούσιας είτε κάτω από υποχρεωτικό και πολλές φορές βίαιο χαρακτήρα με την ανάπτυξη κάποιας μορφής ψυχικής διαταραχής;

Στόχο της εργασίας αποτελεί η επιχείρηση ανάδειξης της ελληνικής πραγματικότητας σε ότι αφορά στην αλλαγή χώρας διαμονής και την ψυχική διαταραχή, κυρίως μέσα από την εμπειρία επαγγελματιών ψυχικής υγείας απασχολούμενων σε εξειδικευμένες Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες. Ποιό είναι το πλήθος των αλλοδαπών που εκδηλώνουν ή και ήδη πάσχουν από κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής στη χώρα μας και ποια η εικόνα και η πραγματική συμβολή των Υπηρεσιών που εξυπηρετούν αυτό το πεδίο;

3. Μεθοδολογία έρευνας

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στο *θεωρητικό μέρος της εργασίας* αφορά στην ανασκόπηση πρόσφατης διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας που άπτεται των θεμάτων της γεωγραφικής μετακίνησης πληθυσμών και της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν αφορούν κυρίως επιστημονικές δημοσιεύσεις σε διεθνώς εγκεκριμένους ιστοτόπους, παραδειγματικά αναφέρεται η PubMed. Έλαβε χώρα μετανάλυση και μετασύνθεση του πλήθους των πληροφοριών που μας ενδιέφεραν για την συγγραφή ενός νέου σύνθετου υλικού, τη μεταπτυχιακή παρούσα εργασία.

Όσον αφορά στο *ερευνητικό μέρος της εργασίας*, έλαβε χώρα ποιοτική μέθοδος έρευνας με συνεντεύξεις σε επαγγελματίες υγείας, ψυχίατρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, απασχολούμενους σε Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες που διαβιούν στον Ελλαδικό γεωγραφικό χώρο. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν βάσει ημι-δομημένου πλάνου συνέντευξης και ακολούθησαν προσχεδιασμένους βασικούς άξονες – θεματικές ενότητες. Η δομή των συνεντεύξεων περιελάμβανε ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου καθώς και ερωτήσεις ανάπτυξης. Το είδος των συνεντεύξεων επέτρεπε διευκρινιστικού τύπου ερωτήσεις και από τα δύο συμβαλλόμενα μέλη.

Με στόχο την άρτια και ολοκληρωμένη σύνταξη των θεματικών αξόνων και την επιτυχή λήψη των συνεντεύξεων με ουσιαστικά και έγκυρα αποτελέσματα, έλαβε χώρα *mini* πιλοτική έρευνα με εφαρμογή των αξόνων σε κοινωνική λειτουργό εργαζόμενη σε έναν απ' τους τέσσερις Φορείς που έλαβε χώρα στη συνέχεια η έρευνα. Τα αποτελέσματα της «πρωτογενούς» έρευνας αξιολογήθηκαν κριτικά και έλαβαν χώρα οι απαραίτητες διορθώσεις και διαφοροποιήσεις στο πλάνο ερωτήσεων που τελικώς χρησιμοποιήθηκε. Η επαγγελματίας που συμμετείχε στην πιλοτική έρευνα καθώς και τα αποτελέσματα αυτής δεν συμπεριλήφθησαν στα τελικά αποτελέσματα της εργασίας.

Μετά την ολοκλήρωση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων, το υλικό επεξεργάστηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου και προέκυψε η παραγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων που αφορούν άμεσα στο ερευνητικό θέμα.

4. Σχέση μετανάστευσης και ψυχικής υγείας στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία

Στις Η.Π.Α., από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, διάφοροι ερευνητές, κυρίως οι ιατρικοί διευθυντές ψυχιατρικών ασύλων, παρατήρησαν ότι οι μετανάστες είχαν αυξημένη νοσηρότητα στις ψυχικές ασθένειες, καθώς τα τότε άσυλα ήταν γεμάτα από μετανάστες που παρουσίαζαν παθολογική συμπεριφορά. Το 1850 πρώτος ο Jarvis, στην πολιτεία της

Μασαχουσέτης, μελέτησε την επικράτηση της ψυχικής ασθένειας σε μετανάστες και κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι εισαγωγές των Ιρλανδών στα ψυχιατρεία της πολιτείας, υπερέιχαν κατά πολύ των γηγενών. Το 1880, ο Spitzka συνέκρινε διαγνώσεις γηγενών και μεταναστών νοσηλευόμενων στο άσυλο της Νέας Υόρκης και βρήκε ότι η μελαγχολία ήταν συχνότερη στους μετανάστες, ιδιαίτερα στους Γερμανούς, ενώ η σχιζοφρένεια ήταν διπλάσια στους Ιρλανδούς μετανάστες απ' ότι στους Ιρλανδούς δεύτερης γενιάς. Το 1902, ο White ανακοίνωσε στην Εθνική Γεωγραφική Εταιρεία ότι το 50% των 25.000 ψυχοσθενών της πολιτείας της Ν. Υόρκης ήταν μετανάστες. Το 1910, ο Hill βρήκε ως μέσο όρο 70 εισαγωγές σε ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας για 100.000 μετανάστες και 58 για ίδιο αριθμό γηγενών, με σαφή διαφορά σε βάρος των γυναικών. Ο Pollock, το 1912, από 3.211 πρώτες εισαγωγές στα ψυχιατρεία της Ν. Υόρκης, βρήκε ότι μόνο το 11% των ασθενών ήταν γηγενείς. Το 77% από τους μετανάστες ασθενείς αποτελούσαν μετανάστες με πάνω από 15 χρόνια διαμονής στις Η.Π.Α.. Ο Treadway, το 1925, δημοσίευσε μία σημαντική έρευνα βασισμένη σε 68.983 πρώτες εισαγωγές σε όλα τα ιδρύματα των Η.Π.Α. για την περίοδο 1917-1922, όπου οι ψυχώσεις επικρατούσαν ανάμεσα στους Βορειοευρωπαίους, ενώ συγκεκριμένα η σχιζοφρένεια, μεταξύ των μεταναστών σε σύγκριση με τους γηγενείς. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 74]

Ο Odegaard, το 1932, παρουσίασε την κλασική σήμερα έρευνά του, σε σχέση με την κατανομή της ψυχικής ασθένειας ανάμεσα στους Νορβηγούς μετανάστες στην πολιτεία της Μινεσότα. Μελέτησε την κατανομή των ποσοστών των πρώτων εισαγωγών στο πολιτειακό ψυχιατρείο του Ρότσεστερ στη Μινεσότα, για την περίοδο 1889-1928. Ο πληθυσμός που μελετήθηκε ήταν ασθενείς γηγενείς, μετανάστες Νορβηγοί και γηγενείς από γονείς Νορβηγούς. Οι Νορβηγοί μετανάστες, ενώ αποτελούσαν το 19-22% του ολικού πληθυσμού των μεταναστών στη Μινεσότα, παρουσίαζαν το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχιατρικής νοσηρότητας από τους γηγενείς κατοίκους. Σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποίησε 1.995 περιπτώσεις πρώτων εισαγωγών στο Κεντρικό Ψυχιατρείο στη Νορβηγία. Η πλέον χαρακτηριστική διαφορά ήταν μεταξύ του αριθμού των περιστατικών σχιζοφρένειας και μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης σε Νορβηγούς μετανάστες και κατοίκους της Νορβηγίας, μία σχέση 3,5/1,5 περιπτώσεις σχιζοφρένειας στη Μινεσότα και στη Νορβηγία αντίστοιχα, περίπου δύο φορές μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης της ψύχωσης. Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων ήταν η ίδια και στις δύο ομάδες. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 78]

Οι Dunham και Faris (1939), στην οικολογική τους έρευνα για την κατανομή των ψυχικών διαταραχών στην πόλη του Σικάγο, βρήκαν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας ως προς τη σχιζοφρενική ψύχωση στους μετανάστες απ' ότι στους γηγενείς κατοίκους. Παρομοίως, ο Malzberg (1940), μετά από μια στατιστική ανάλυση των πρώτων εισαγωγών (1929-1931) στα Πολιτειακά Ψυχιατρεία της Ν. Υόρκης, ανακοίνωσε υψηλότερα ποσοστά εισαγωγών μεταξύ των μεταναστών σε σύγκριση με τους γηγενείς. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Lazarus και συν., το 1960, για την πολιτεία του Οχάιο. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 79]

Όλες οι παραπάνω έρευνες βασίστηκαν σε στατιστικές πληροφορίες για τον αριθμό των πρώτων εισαγωγών στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Το ερώτημα που τίθεται αναφέρεται στο ποσοστό νοσηρότητας μεταξύ των «υγιών» μεταναστών, δηλαδή εκείνων που, αν και νοσούσαν, δεν νοσηλεύονταν, είτε γιατί οι δικοί τους τους κρατούσαν κοντά τους είτε γιατί κατόρθωναν να επιβιώνουν, έστω και με τα ψυχοπαθολογικά τους συμπτώματα. Αναφερόμαστε, δηλαδή, στον πραγματικό επιπολασμό (true prevalence) της ψυχικής ασθένειας στο γενικό πληθυσμό. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 81]

Το 2009 δημοσιεύεται στην PubMed μία μελέτη συστηματικής βιβλιογραφικής επισκόπησης στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, EMBASE και PUBMED βασιζόμενη στις μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το 1990 έως το 2007. Στόχο της μελέτης αποτελεί η αναθεώρηση των μελετών αυτών για τα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης ή/και της αγχώδους διαταραχής (συμπεριλαμβανομένου του μετα-τραυματικού στρες) και η συσχέτισή τους με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) της χώρας υποδοχής, ως καθοριστικού παράγοντα της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Στην επισκόπηση συμπεριλήφθηκαν 35 μελέτες στην αγγλική μόνο γλώσσα που αφορούσαν 24.051 μετανάστες και πρόσφυγες, ηλικίας από 16-65 έτη, από 35 συνολικά πληθυσμούς αποδήμων. Οι μελέτες αξιολογούσαν την ψυχική υγεία των αλλοδαπών σε διαφορετικά χρονικά σημεία μετά τη μετανάστευση στη χώρα υποδοχής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα συνδυασμένα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης ήταν 20% μεταξύ των μεταναστών εργασίας έναντι 44% μεταξύ των προσφύγων για την αγχώδη διαταραχή, (N = 24.051). Το υψηλότερο ΑΕΠ στη χώρα της μετανάστευσης αφορούσε το χαμηλότερο επιπολασμό των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ή/και της αγχώδους διαταραχής στους μετανάστες εργασίας αλλά όχι στους πρόσφυγες. Τα συγκεντρωτικά ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής μεταξύ των μεταναστών εργασίας είναι παρόμοια με το γενικό πληθυσμό (22% για την κατάθλιψη και 18% για την αγχώδη διαταραχή).

[Lindert http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4WJC5WH-1&_user=275166&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_auct=C000059642&_version=1&_urlVersion=0&_userid=275166&md5=dab0f939b5a374c52a7ba23f32360f5a - cor1@mailto:mail@jlindert.demailto:j.lindert@efh-ludwigsburg.de, J., Ondine S. von Ehrenstein, Priebe, S., Mielck, A. and Brähler, E. 2009]

Σε μια έρευνα για τους σοβιετικούς μετανάστες στις ΗΠΑ, ο Μίλερ και οι συνεργάτες του ήταν σε θέση να υποστηρίξουν ότι η ουσιαστικότερη ενσωμάτωση στη χώρα υποδοχής - που μετρήθηκε σύμφωνα με τη γλωσσική ικανότητα των μεταναστών και την υιοθέτηση «αμερικανικού» προτύπου συμπεριφοράς - συνδέεται με εκδήλωση λιγότερων περιστατικών κατάθλιψης. Οι διαχρονικές μελέτες για την ψυχική υγεία των Μεξικανών μεταναστών στις ΗΠΑ, παρουσίασαν περιστατικά επιδεινωμένης ψυχικής υγείας που συνδέονται με τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη χώρα. Επιστημονικές μελέτες επίσης, υποστηρίζουν ότι η διάκριση και ο κοινωνικός αποκλεισμός που γίνονται αντιληπτοί από τις ομάδες εθνικών μειονοτήτων στη δυτική Ευρώπη μπορούν να συμβάλουν στον αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας.

Η γνώση μας για τη ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων στην Ευρώπη είναι ακόμα περιορισμένη λόγω της έλλειψης στοιχείων και του μικρού αριθμού συναφών ερευνών που λαμβάνουν χώρα. Οι έρευνες που πραγματοποιούνται είναι συνήθως μικρού μεγέθους δειγμάτων και συν άλλων περιορισμών, παρουσιάζουν συχνά και διαφορετικά αποτελέσματα.

Τα υψηλά ποσοστά περιστατικών τόσο αυτοκτονιών όσο και της απόπειράς αυτοκτονιών μεταξύ των μεταναστών στις χώρες της ΕΕ έχουν συνδεθεί με τα υψηλά ποσοστά επικράτησης της διαταραχής της κατάθλιψης. Στην Ολλανδία, όπου οι δείκτες ανεργίας μεταξύ των μεταναστών στις αρχές της δεκαετίας του '90 ήταν υψηλοί, το ποσοστό αυτοκτονίας μεταξύ των παιδιών των μεταναστών ήταν επίσης υψηλότερο απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Στο Ρότερνταμ, τα παιδιά των Τούρκων μεταναστών αποδείχθηκε πως είναι πέντε φορές πιο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονία όπως και τα παιδιά των Ολλανδών ενώ οι νέοι από το Μαρόκο τρεις φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν την ίδια πράξη. Στο Ηνωμένο

Βασίλειο, έχει βρεθεί αυξημένη συχνότητα στη σχιζοφρένεια σε άτομα από την Καραϊβική, την Ιρλανδία και την Πολωνία, ενώ το ποσοστό αυτοκτονίας για τις γυναίκες από την Ινδία τείνει να είναι υψηλότερο απ' ό,τι για τους άνδρες και τις γυναίκες Αγγλίδες ίδιας ηλικιακής ομάδας, ειδικά μεταξύ των κοριτσιών και των γυναικών ηλικίας 15-34. Τα στοιχεία επίσης, υποστηρίζουν ότι οι μετανάστες δεύτερης γενιάς ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας από τους πρώτης γενιάς μετανάστες γονείς τους. Μία παρεμφερής μελέτη καταδεικνύει ότι τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονία στην Ολλανδία ήταν σημαντικά χαμηλότερα μεταξύ των Τούρκων και Μαροκινών, ενώ των μεταναστών από τη Σουρινάμ υψηλότερα. Οι Τούρκοι που ζουν στη Γερμανία έχουν επίσης μια χαμηλότερη θνησιμότητα από αυτοκτονία από τους Γερμανούς πολίτες. Οι πιθανές ερμηνείες σχετίζονται με ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικής συνοχής στις τουρκικές κοινότητες και τις θρησκευτικές απαγορεύσεις. Εντούτοις, το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας μεταξύ των κοριτσιών και των νέων γυναικών από την Τουρκία πιθανά οφείλεται σε κοινωνικές και πολιτιστικές συγκρουσιακές καταστάσεις. Η θνησιμότητα από αυτοκτονία είναι συνήθως υψηλότερη μεταξύ των ανδρών απ' ό,τι μεταξύ των γυναικών ενώ σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, αυτή η σχέση μπορεί να αντιστραφεί. [Lindert <mailto:mail@jilindert.de>, J., M. Schouler-Ocak, A. Heinz and Priebe, S. 25 March 2008]

Στην Σκανδιναβία σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη, έχει επίσης βρεθεί αυξημένη συχνότητα σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων σε διάφορης προέλευσης μετανάστες δεύτερης γενιάς. Το συμπέρασμα ήταν ότι πρώτης και δεύτερης γενιάς μετανάστες έχουν αυξημένο ποσοστό ψυχώσεων με πιο αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάζεται σε Φινλανδούς καθώς και σε μετανάστες από την Ανατολική ή Νότια Ευρώπη. Μελέτες στην Δανία έδειξαν αυξημένο ποσοστό σχιζοφρένειας σε μετανάστες, καθώς και σε Δανούς με αλλοδαπή προέλευση. [Σαραντίδης, Δ. 2008]

Για την Ελλάδα αναφέρονται κυρίως τα ερευνητικά αποτελέσματα από δύο μελέτες. Η μία, από τον Μαυρέα, που συνέκρινε Κύπριους που διαβιούν στο Λονδίνο και Κύπριους που διαβιούν στην Αθήνα και διαπίστωσε αυξημένη συχνότητα ψυχικών διαταραχών στους Κύπριους κατοίκους της Αγγλικής πρωτεύουσας. Η δεύτερη έρευνα, από τον Fichter, κατέδειξε ότι Έλληνες και Τούρκοι έφηβοι που ζουν στη χώρα τους δίνουν υψηλότερο σκορ ψυχοπαθολογίας στο Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ-28) απ' ό,τι οι συμπατριώτες τους κάτοικοι του Μόναχου στη Γερμανία. [Σαραντίδης, Δ. 2008]

Μία τρίτη μελέτη, που αναφέρει ο Μαδιανός, αφορά σε δείγμα 225 Ελλήνων μεταναστών στην πόλη της Νέας Υόρκης. Η ψυχική υγεία και τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα των ατόμων της ομάδας αυτής, συγκρίνονται με τα αποτελέσματα άλλων ομάδων εθνοτήτων μεταναστών που είχαν εξεταστεί με την ίδια μεθοδολογία. Από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι οι Λατίνοι, οι Εβραίοι και οι Έλληνες σωματοποιούν το άγχος και την κατάθλιψη αναφέροντας μεγαλύτερο αριθμό σχετικών συμπτωμάτων ενδεικτικών συγκαλυμμένης κατάθλιψης. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 148]

Όπως προκύπτει από το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας και τα αποτελέσματα από την ανάλυση 15 συνεντεύξεων σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι τέσσερις ερευνοούμενοι Φορείς της Αθήνας ασχολούνται και με μετανάστες και με πρόσφυγες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών τους αποτελούν κυρίως γυναίκες 20 – 35 ετών από την Αφρική, τη Μέση Ανατολή, την Ασία και τα Βαλκάνια. Ως κύριες ψυχικές διαταραχές αναφέρονται η διαταραχή της διάθεσης, οι νευρωσικές διαταραχές συνδεδεμένες

με το stress, η σχιζοφρένεια και η σχιζότυπη διαταραχή και η πλειοψηφία των αλλοδαπών δεν φέρει την ψυχιατρική γνωμάτευση από τις χώρες καταγωγής τους. Η μέση ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής ορίζεται η ηλικιακή περίοδος των 20 με 30 χρόνων ενώ η πλειοψηφία των περιστατικών έχει θετική έκβαση μετά την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας από τις Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες της χώρας μας.

5. Ψυχική υγεία και επιβαρυντικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας. Ο ορισμός θέτει κατανοητά την αλληλοσυνδεσιμότητα των τριών διαστάσεων για την κατάκτηση του υπέρτατου αγαθού, την υγεία.

Η Συνδιάσκεψη της Alma-Ata, το 1978, υιοθέτησε για πρώτη φορά την ολιστική προσέγγιση για την υγεία, σύμφωνα με την οποία, η υγεία αποτελεί πολυπαραγοντική έννοια, στη διαμόρφωση της οποίας συμβάλλουν παράμετροι του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (ΠΟΥ, 2007a), ενώ ποσοστό 30% περίπου του πληθυσμού παγκοσμίως εκτιμάται ότι πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή σε κάθε χώρα, τουλάχιστον τα 2/3 των ψυχικά ασθενών δεν τυγχάνουν θεραπείας. Αυτή η υποθεραπεία συμβαίνει ακόμη και σε χώρες με υψηλούς πόρους, όπως οι ΗΠΑ, όπου το 31% του πληθυσμού προσβάλλεται από ψυχική ασθένεια κάθε χρόνο και μεταξύ αυτών το 67% δεν τυγχάνει θεραπείας. Ο Αμερικανικός Οργανισμός Ψυχιατρικής (1994), υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν παγκόσμια τη δεύτερη κύρια αιτία των «προσαρμοσμένων στην αναπηρία ετών ζωής» [disability adjusted life years (DALYS)] στις ηλικίες 15-44 έτη και για τα δύο φύλα και μπορούν να έχουν επιπτώσεις στα άτομα που προέρχονται από όλα τα πολιτιστικά υπόβαθρα.

[Lindert http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4WJC5WH-1&_user=275166&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_auct=C000059642&_version=1&_urlVersion=0&_userid=275166&md5=dab0f939b5a374c52a7ba23f32360f5a - [cor1 mailto:mail@jlindert.de](mailto:mail@jlindert.de)mailto:j.lindert@efh-ludwigsburg.de, J., Ondine S. von Ehrenstein, Priebe, S., Mielck, A. and Brähler, E. 2009]

Στην Ευρώπη, η ψυχική ασθένεια προσβάλλει το 27% των ανθρώπων κάθε χρόνο, 74% εκ των οποίων επίσης, δεν τυγχάνει θεραπείας. Σύμφωνα με τους Wittchen και τους συνεργάτες του, κατά το έτος 2004, το 27% περίπου των Ευρωπαίων πολιτών μεταξύ των ηλικιών 18 και 65, επηρεάστηκαν από μία τουλάχιστον ψυχική διαταραχή.

[Lindert <mailto:mail@jlindert.de>, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. and Priebe, S. 25 March 2008]

Πιο συγκεκριμένα, ειδικά προγράμματα που να παρέχουν φροντίδα σε ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των μειονοτήτων και των παράνομων μεταναστών, στην πλειοψηφία των χωρών, δεν υπάρχουν. Σύμφωνα πάλι με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από το 50% των χωρών δεν διαθέτει τέτοια προγράμματα. Περίπου 40% των χωρών επιβεβαίωσε ότι έχει τέτοια προγράμματα και, κατά συνέπεια, οι ανάγκες των ευπαθών, μειονοτικών και περιθωριοποιημένων ομάδων καλύπτονται σε 8 χώρες της παλαιάς ΕΕ και σε 4 χώρες της βαλκανικής περιοχής (ΠΟΥ, 2007b).

Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης είναι γεγονός πως οδηγούν σε χειρότερη υγεία. Ένα ανθυγιεινό υλικό περιβάλλον, μια νοσηρή συμπεριφορά, η ανησυχία και η ανασφάλεια της καθημερινής ζωής καθώς και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος έχουν άμεσες βλαβερές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία. Δέκα διαφορετικοί αλληλοσχετιζόμενοι κοινωνικοί παράγοντες – προσδιοριστές της υγείας επηρεάζουν άμεσα και την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων στη χώρα μας. Ένα μεγάλο ποσοστό των αλλοδαπών βρίσκεται αρκετά χαμηλά στην *κοινωνική κλιμάκωση* και διαβιεί κάτω από δυσχερείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ζωής. Οι κοινωνικές και ψυχολογικές περιστάσεις τις οποίες καλούνται να διαχειριστούν οι αλλοδαποί μπορούν να προκαλέσουν μακροπρόθεσμο *άγχος*. Η συνεχής ανησυχία, το αίσθημα ανασφάλειας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η *κοινωνική απομόνωση* και ο *αποκλεισμός* καθώς και η έλλειψη ελέγχου αυξάνουν τις πιθανότητες ανεπαρκούς ψυχικής υγείας. Η πλειοψηφία των αλλοδαπών, ιδίως των προσφύγων συνήθως δεν βιώνουν *ποιοτικά παιδικά χρόνια*, έναν ακόμα κοινωνικό προσδιοριστή της υγείας που επηρεάζει την σωματική και σαφώς την ψυχική υγεία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, κάνουμε λόγο για οικογένειες διαλυμένες από πολέμους, βία και βασανισμούς, πολλές φορές, ακόμα και από φυσικές καταστροφές. Οι αλλοδαποί δυσκολεύονται να βρουν μία *εργασία* και στην περίπτωση που το επιτύχουν συνήθως αυτή έχει τη μορφή μη σταθερής, χειρονακτικής και επίπονης ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων μαστίζονται και απ' την μακροχρόνια *ανεργία*. Έχει αποδειχτεί ότι η εργασιακή ανασφάλεια αυξάνει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, κυρίως την ανησυχία και την κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, οι αλλοδαποί δεν τυγχάνει πάντα να συσχετίζονται και να συναναστρέφονται ομοεθνείς τους στη χώρα υποδοχής, η *κοινωνική υποστήριξη* αποτελεί άλλον έναν κοινωνικό προσδιοριστή της υγείας στην οποία συμβάλλει καθοριστικά. Αρκετοί ερωτώμενοι της έρευνας ανέφεραν πως αρκετοί αλλοδαποί στη χώρα μας καταλήγουν να κάνουν εμπόριο ναρκωτικών ουσιών με σκοπό το εύκολο κέρδος, γεγονός που πολλές φορές συνοδεύεται και από την προσωπική χρήση των ουσιών και τον *εθισμό*. Ο εθισμός, συνδεόμενος τις περισσότερες φορές με έντονες οικονομικές και κοινωνικές δυσχέρειες, προσφέρει στους χρήστες μία ψευδαίσθηση απόδρασης από την εχθρότητα και το *άγχος*, στην πραγματικότητα όμως εντείνει μόνο τα προβλήματα. Η καθημερινότητα των αλλοδαπών, κυρίως των οικονομικά άπορων, δεν εξυπακούεται την εύκολη και σίγουρη εύρεση *τροφής* πόσο μάλλον υγιεινής και θρεπτικής τροφής, παράγοντα κεντρικό όχι μόνο για την επιβίωση αλλά και την διατήρηση κυρίως της σωματικής υγείας και της ευημερίας. Ο τελευταίος αναφερόμενος βιβλιογραφικά, κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας, έχει να κάνει με τη *μεταφορά*. Η πλειοψηφία των αλλοδαπών δεν οδηγεί ενώ κινείται χωρίς τα μέσα μαζικής μεταφοράς, λόγω έλλειψης χρημάτων, γεγονός θετικό κυρίως για την σωματική υγεία. Στην περίπτωση όμως που κάνουμε λόγο για άτομα που πολλές φορές διαβιούν στο δρόμο, χωρίς μόνιμο κατάλυμα και συνθήκες υγιεινής και κουρασμένα σωματικά πολλές φορές ακόμα και απ' το αίσθημα της πείνας, μόνο θετικά δεν μπορούμε να καταλήξουμε πως επιδρά αυτός ο προσδιοριστής της υγείας.

Η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα συνδυασμού πλείστων παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν στις βασικές κατηγορίες των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων.

Ένα μεγάλο μέρος της κλινικής βιβλιογραφίας επικεντρώνεται πιο συγκεκριμένα στη σχιζοφρένεια, όπου πέντε υποθέσεις προτείνονται για τα προφανώς υψηλά ποσοστά επίπτωσης μεταξύ των μεταναστών:

1. οι χώρες αποστολής διακρίνονται για τα υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας,
2. η σχιζοφρένεια αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για μετανάστευση,
3. η διαδικασία της μετανάστευσης δημιουργεί πίεση και άγχος και συνεπώς υψηλά ποσοστά σχιζοφρένειας,
4. ορισμένες πολιτιστικές πρακτικές ομάδων μεταναστών διαγιγνώσκονται εσφαλμένα ως σχιζοφρένεια και
5. μερικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας συναντώνται ως πιο κοινά μεταξύ των πολιτισμών από τους οποίους κατάγονται οι μετανάστες.

[Stillman, S., McKenzie, D. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V8K-4VV2NF3-1&_user=275166&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000059642&_version=1&_urlVersion=0&_userid=275166&md5=ae4e1db966a3207037afe4022c8e84ae - [cor1mailto:dmckenzie@worldbank.org](mailto:dmckenzie@worldbank.org) and Gibson, J. 2009]

Ο Μαδιανός αναφέρει τις παρακάτω υποθέσεις σχετικά με τους παράγοντες που εμφανίζονται να παίζουν τον κυριότερο ρόλο στη γένεση ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες στις Η.Π.Α., σύμφωνα με τις μέχρι τότε γνωστές έρευνες που αφορούν σε αυτή τη γεωγραφική περιοχή και αναφέρονται στην εισαγωγή της παρούσας εργασίας. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 83]

1. Η υπόθεση της *κοινωνικής απομόνωσης*. Πράγματι, έχουν περιγραφεί παρανοειδείς ψυχωσικές καταστάσεις σε γλωσσικά απομονωμένα άτομα, τα περισσότερα απ' τα οποία είναι άγαμα και ζουν μόνα.
2. Η υπόθεση του *χρόνου παραμονής* είναι αμφιλεγόμενη με αντιφατικά ευρήματα.
3. Η υπόθεση του *φύλου* επιβεβαιώθηκε από ορισμένους ερευνητές μέσα από πιθανές διαφορές στην προσαρμογή και αντοχή στις δυσκολίες ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. Όπως παρατηρεί και ο Bhugra το 2004, το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχική υγεία και των μεταναστών. Οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό κάποια ψυχιατρική διαταραχή μολονότι η πλειοψηφία των μεταναστών αφορά κυρίως άνδρες μετανάστες.
4. Η υπόθεση της *αυτεπιλογής ή προδιάθεσης* που συνδέει την τάση για μετανάστευση με την τάση για περιπέτεια, σχιζοειδισμό και φυγή, χαρακτηριστικά προπαθολογικής προσωπικότητας.
5. Η υπόθεση της *ηλικίας*, με υψηλά ποσοστά νεαρών ψυχωσικών μεταναστών, άτομα που όμως και λόγω ηλικίας έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες νόσησης.
6. Η υπόθεση της *αστυφιλίας*, η οποία φαίνεται να σχετίζεται με φαινόμενα κοινωνικής παθολογίας. Η πλειοψηφία των αλλοδαπών, συνήθως, συγκεντρώνεται και δραστηριοποιείται στα μεγάλα αστικά κέντρα, των οποίων οι έντονοι και στρεσογόνοι ρυθμοί της καθημερινότητας κατηγορούνται ήδη ως επιβαρυντικός

παράγοντας για την ψυχική υγεία. Η ταυτόχρονη "γκετοποίηση" των αλλοδαπών σε φθηνές και συνήθως υποβαθμισμένες περιοχές του άστεως, θέτει την ομάδα αυτή των πολιτών στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση. Η διαδικασία αυτή περιγράφεται στη βιβλιογραφία και ως *αστικό φαινόμενο*.

7. Η υπόθεση της *κοινωνικής επιλογής* συνίσταται στη γενετική επιλογή, δηλαδή η προϋπάρχουσα κακή ψυχική κατάσταση οδηγεί το άτομο σε κατώτερη κοινωνική τάξη (καθοδική κινητικότητα) με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη έκπτωση και τη νόσηση.
8. Η υπόθεση της *κοινωνικής τάξης* ενοχοποιεί τους ψυχοπιεστικούς περιβαλλοντικούς μηχανισμούς που πιέζουν το μετανάστη που ήδη ανήκει στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, ώστε αυτός να έχει λιγότερες πιθανότητες για κοινωνική άνοδο. Η κοινωνική κάθοδος συνδέεται όχι μόνο με την αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα αλλά και με την κοινωνική παθολογία γενικότερα.
9. Η υπόθεση του *πολιτιστικού παράγοντα* αφορά στην ευεργετική επίδραση που ασκεί η ύπαρξη μίας κοινότητας – παροικίας αλλοδαπών στο νεοαφιχθέντα στην χώρα υποδοχής μετανάστη, στα πλαίσια της οποίας κοινότητας – παροικίας το μέλος διατηρεί τα δικά του πολιτισμικά στοιχεία ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να εξοικειωθεί ομαλά με το νέο και διαφορετικό πολιτισμό στον οποίο καλείται να διαβιώσει.
10. Η υπόθεση της *πολυδιαστατικότητας στη γένεση ψυχικών διαταραχών*. Η υπόθεση αυτή μπορεί να αναπτυχθεί μέσα από τις προηγούμενες υποθέσεις ερμηνεύοντας τη γένεση των ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες, μέσα από τη σύνθετη προσέγγιση πολιτιστικών, κοινωνικών, γενετικών και άλλων παραγόντων.

Αρκετές έρευνες επίσης, συγκλίνουν στη θεωρία της *ματαίωσης* (ονείρων) ως βασικό παράγοντα αρνητικής συμβολής στη ψυχική υγεία του μετανάστη και του πρόσφυγα. Οι νέες συνθήκες διαβίωσης και καθημερινότητας του αλλοδαπού που πολλές φορές δεν συνάδουν με τα όνειρα και τις προσδοκίες του προτού μετοικήσει στη "χώρα της επαγγελίας", η μη αποδοχή του από τους πολίτες της χώρας υποδοχής, οι ενδεχόμενες ρατσιστικές ενέργειες προς το άτομο του καθώς και οι διαδικαστικές γραφειοκρατικές δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία του δημιουργώντας τις περισσότερες φορές αρνητικά συναισθήματα, όπως πίεση και άγχος, αγανάκτηση και επιθετικότητα.

Χαρακτηριστικό γεγονός αποτελούν οι συχνές ομολογίες των αλλοδαπών στους ερωτώμενους επαγγελματίες της έρευνάς μας, πως οι ίδιοι δεν επιθυμούσαν να εγκατασταθούν μόνιμα στη χώρα μας, ζητούμενό τους ήταν να την προσπεράσουν για να βρεθούν είτε στην κεντρική είτε στη βόρεια Ευρώπη, δεν είναι ευχαριστημένοι με τις συνθήκες διαβίωσής τους εδώ, ενώ πολλοί αναφέρουν πως τελικά οι συνθήκες ζωής στις χώρες καταγωγής τους, ήταν εμφανώς καλύτερες σε σχέση με την διαμονή τους στην Ελλάδα.

Ένας σημαντικός ακόμη παράγοντας που αναφέρει η βιβλιογραφία και καθορίζει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται κυρίως, την ασθένεια, ψυχική ή σωματική είναι η *θρησκεία*. Για τους θρησκευόμενους ανθρώπους, η θρησκεία πολλές φορές, καθορίζει την έκφραση τους, τα κίνητρά τους, την συμπεριφορά τους, τον τρόπο ζωής τους. Πολλές θρησκείες κηρύσσουν ότι ο πόνος είναι σ' ένα βαθμό θεμιτός. Σύμφωνα με αυτές, το άτομο που πονά και υποφέρει ισχυροποιεί τους δεσμούς του με τους άλλους και το Θείο. Ο πόνος αντιμετωπίζεται ως μέσο εξιλέωσης, πνευματικής εξύψωσης ή άφεσης των αμαρτιών, αποκτά μια θετική διάσταση, παρόλη τη δυσφορία που προκαλεί στον πάσχοντα. [Σαργέντης, Ι. 2009]

6. Διαπολιτισμική ψυχιατρική και Επιπολιτισμός

Η *πολιτιστική ψυχιατρική* (cultural psychiatry), αποτελεί κλάδο της κοινωνικής ψυχιατρικής, με περιεχόμενο τις πολιτιστικές παραμέτρους που επιδρούν στην αιτιολογία της συχνότητας (επικράτησης-prevalence), και της φύσης της ψυχικής ασθένειας και φροντίδας του ασθενή που ζει μέσα σε ένα συγκεκριμένο πολιτιστικό περιβάλλον (milieu). [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 143]

Η *διαπολιτισμική ψυχιατρική* (trans or cross-cultural psychiatry), διαφοροποιείται από την πολιτιστική ψυχιατρική με την επέκταση του περιεχομένου της σε δύο ή περισσότερους πολιτισμικούς χώρους, έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των χαρακτηριστικών δύο ή περισσότερων πολιτισμών ως πιθανών αιτιολογικών παραγόντων ή επιδράσεων πάνω στη διαμόρφωση της επικράτησης μίας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας ή μίας κλινικής οντότητας και της παρεχόμενης αντίστοιχης θεραπευτικής φροντίδας. Το γνωστικό αντικείμενο της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής είναι το υγιές ή πάσχον ψυχικά άτομο μέσα στο πολιτιστικό του περιβάλλον σε σύγκριση με άτομα ίδιας κοινωνικο – οικονομικής και κλινικής κατάστασης, διαφορετικού, όμως, πολιτιστικού milieu. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 143]

Το πολιτισμικό υπόβαθρο επηρεάζει πολλές όψεις της καθημερινότητας του ανθρώπου και κατ' επέκταση της ψυχικής του υγείας. Οι άνθρωποι που ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες διαφοροποιούνται ως προς: [Σαργέντης, Ι. 2009]

- Τον τρόπο που επικοινωνούν μεταξύ τους
- Τους ρόλους που αναλαμβάνουν στην οικογένεια
- Τον τρόπο που αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής
- Τον τρόπο που αλληλεπιδρούν με τα υποστηρικτικά δίκτυα
- Τον τρόπο που εκδηλώνουν τα συμπτώματά τους
- Τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα προβλήματα ψυχικής υγείας
- Το κίνητρο για θεραπεία

Επιπολιτισμός

Με τον όρο *επιπολιτισμό*, εννοούμε τη συνεχή διαδικασία πολιτιστικής αλλαγής ενός ατόμου ή μιας ομάδας κάτω από την επίδραση ενός επικρατέστερου πολιτισμού. [Μαδιανός, Μ. 2000 σελ. 35] Οι μετανάστες εξ ορισμού βρίσκονται ανάμεσα σε έναν επικρατέστερο πολιτισμό, αυτόν της χώρας υποδοχής, με αποτέλεσμα να δέχονται και να εμφανίζουν διαφοροποιήσεις στην πολιτιστική τους ταυτότητα, διαφορές στις συνήθειές τους και τις παραδόσεις τους. Αναμφίβολα όμως, και οι ίδιοι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες επηρεάζουν με τη σειρά τους το κοινωνικό σύνολο μέσα στο οποίο δρουν καθημερινά και καλούνται να ενταχθούν. Μολονότι, ο κυρίαρχος πολιτισμός επικρατεί, οι δύο πολιτισμοί διαφοροποιούνται και κυρίως εμπλουτίζονται με νέα στοιχεία και πρότυπα των αλληλεπιδρών μερών τους.

Ο Bhugra (2004) αναφέρει ότι η διαδικασία επιπολιτισμού μπορεί να επιφέρει την

- *προσαρμογή ή εξομοίωση*

- την απόρριψη (αποξένωση-απομόνωση)
- τον εκπολιτισμό, με την απώλεια της πολιτιστικής ταυτότητας του ατόμου και την αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας.

Ο Ζαϊμάκης (2002), στο βιβλίο του "Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες", τονίζει τη διαφορά μεταξύ των όρων της πολιτισμικής αφομοίωσης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και κοινωνικής ένταξης ως αποτελέσματα από την εμπειρία της συμβίωσης μειονοτήτων και κυρίαρχων πολιτισμών.

Η *πολιτισμική αφομοίωση* σχετίζεται με τη διαδικασία ενσωμάτωσης ανθρώπων με έναν επιφανειακό τρόπο, όπου οι ιδιαίτερες γλωσσικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και στάσεις των μειονοτικών ομάδων εγκαταλείπονται με σκοπό την αποδοχή τρόπων και συμπεριφορών της κυρίαρχης ομάδας.

Οι πολιτικές της *κοινωνικής ενσωμάτωσης* συνήθως λειτουργούν ως μηχανισμός προσαρμογής της κυριαρχούμενης ομάδας στις αξίες και τα ιδεώδη της κυρίαρχης αφού επιτρέπουν την πολιτισμική ιδιαιτερότητα μέσα σε ορισμένα πλαίσια που θέτει η κυρίαρχη ομάδα.

Αντίθετα, η *κοινωνική ένταξη*, παραπέμπει στην ουσιαστική ένταξη της μειονοτικής ομάδας στο πεδίο των ευρύτερων κοινωνικών θεσμών και στις κοινωνικές και οικονομικές διεργασίες της εθνικής κοινωνίας, χωρίς να χάνονται ωστόσο η διακριτή της ταυτότητα και οι ιδιαίτερες πολιτισμικές στάσεις και αντιλήψεις των μελών της. Συνεπώς, προϋποθέτονται από το Κράτος, πολιτικές που ενισχύουν την ισότιμη πρόσβαση της μειονότητας στις ευκαιρίες για εργασία, εκπαίδευση, υγεία, κοινωνική φροντίδα και κατανάλωση και την άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων σε βάρος της. [Ζαϊμάκης, Γ. 2002. σελ. 150]

Τα άτομα – αλλοδαποί, τα οποία εκδηλώνουν σαφή τάση κοινωνικής ένταξης στην κοινωνία υποδοχής, βιώνουν λιγότερες στρεσογόνες και ψυχοπαιστικές καταστάσεις σύγκρουσης με το ίδιο αρχικά το άτομό τους και τους γύρω τους συνεπώς και λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας.

Με σκοπό την ομαλή κοινωνικοποίηση και πλήρη ενσωμάτωση στη νέα κοινωνία διαβίωσης, αξιολογείται αποτελεσματική η αβίαστη δημιουργία δεσμών με τη χώρα υποδοχής και η διατήρηση χαρακτηριστικών πολιτισμικών στοιχείων της χώρας καταγωγής του ατόμου.

7. Στάδια μετανάστευσης

Η διαδικασία της μετανάστευσης στο σύνολό της μπορεί να διακριθεί σε τρία κύρια στάδια:

- το στάδιο που προηγείται της μετακίνησης, η προ-μετανάστευση,
- το στάδιο της μετακίνησης, η καθαυτό μετανάστευση και
- αυτό που ακολουθεί τη διαδικασία, η μετα-μεταναστευτική περίοδος.

Το στάδιο της *προ-μετανάστευσης* αφορά σε όλους εκείνους τους παράγοντες και τις συνθήκες που σχετίζονται με το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της διαβίωσής του στην χώρα καταγωγής του και συμβάλουν στη δημιουργία της ίδιας της υπόστασής του. Η εκπαίδευση την οποία ενδεχόμενα έχει λάβει το άτομο, η οικονομική του κατάσταση, περιβαλλοντικοί παράγοντες, η επαφή του με άλλους πολιτισμούς και κυρίως με αυτόν τον οποίο πρόκειται να συναναστραφεί και σαφώς πιθανές προϋπάρχουσες ψυχικές ασθένειες ή κληρονομικοί παράγοντες ψυχικής διαταραχής. Επιπρόσθετα, τα διακριτά χαρακτηριστικά της κοινωνίας

της μέχρι τώρα διαβίωσης του ατόμου και το βαθμό στον οποίο αυτά συνάδουν ή διαφέρουν με την κοινωνία υποδοχής. Κυρίως για τις περιπτώσεις εκείνες όπου η μετανάστευση δεν αποτελεί προσωπική επιλογή του ατόμου, παράγοντες κινδύνου για την ψυχική υγεία του αποτελούν η ψυχική ή και σωματική βία, οι εμπειρίες ενός πολέμου, ακόμη και τα βασανιστήρια που πολλές φορές λαμβάνουν απάνθρωπες διαστάσεις.

Το στάδιο της *καθ' αυτό μετανάστευσης* αξιολογείται ακόμη πιο στρεσογόνο καθώς το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον άμεσο αποχωρισμό της πατρίδας του με ότι αυτή ορίζεται και συνεπάγεται, όπως η καθημερινή χρήση της μητρικής του γλώσσας καθώς επίσης και την οικογένειά του τις περισσότερες φορές, τους οικείους του συγγενείς και το υποστηρικτικό του φιλικό περιβάλλον. Ο αποχωρισμός αυτός συνεπάγεται ουσιαστικά την πολιτισμική αποστέρηση. Σημαντικός επίσης αξιολογείται ο τρόπος της μετακίνησης των ατόμων προς τη χώρα υποδοχής καθώς αρκετές φορές τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας κάνουν λόγο για εκατοντάδες άτομα στοιβαγμένα και νηστικά σε βάρκες «δουλεμπόρων» και άτομα που μεμονωμένα επιχειρούν να περάσουν τα σύνορα θέτοντας τον εαυτό τους σε επικίνδυνες συνθήκες. Η λαθρομετανάστευση ενισχύει τα κυκλώματα εμπορίας ανθρώπων, που αποτελούν μία από τις προσοδοφόρες δραστηριότητες του οργανωμένου εγκλήματος στην ευρύτερη περιοχή της Ανατολικής Ευρώπης, με τζίρο περίπου 8 δις. δολαρίων ετησίως, οικονομική συγκυρία που δημιουργεί προϋποθέσεις εργασιακής εκμετάλλευσης των ανθρώπων αυτών. [Παπαϊωάννου – Λέζα, Α. 2009] Οι εμπειρίες αυτές μπορούν να αποβούν τραυματικές για τα άτομα που τις βιώνουν ενώ αναμφίβολα αποτελούν κίνδυνο για την σωματική και ψυχική τους υγεία. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου σε αυτό το στάδιο μπορούν να χαρακτηριστούν η χρονική διάρκεια της μετακίνησης καθώς το άγχος, η αγωνία και οι αντίξοες συνθήκες παρατείνονται καθώς μεγαλώνει η διάρκεια και οι ενδεχόμενες συνοδές εμπειρίες της βίας, ως επιπρόσθετος στρεσογόνος παράγοντας.

Η *μετα – μεταναστευτική περίοδος* χαρακτηρίζεται αρχικά από πολιτισμικό σοκ, ιδίως όταν τα άτομα προέρχονται από χώρες του τρίτου κόσμου και από μία ιδιαίτερα στρεσογόνα αναζήτηση ασφαλών συνθηκών διαβίωσης. Τέτοιου είδους αλλαγές ζωής απαιτούν ένα στοιχειώδες χρονικό διάστημα συνειδητοποίησής τους που στη περίπτωση των μεταναστών και ιδιαίτερα των προσφύγων αυτό αποτελεί ανούσια πολυτέλεια. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, η κατοικία των ατόμων ενδέχεται να είναι σε χειρότερη κατάσταση από αυτή της χώρας καταγωγής, η εργασία στην οποία απασχολούνται δεν συνάδει με το προϋπάρχον μορφωτικό επίπεδο των ατόμων ενώ η εύρεση εργασίας για τους ανειδίκευτους αποτελεί πραγματικό "γολγοθά". Εκτός των συνθηκών διαβίωσης, σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία, στο στάδιο αυτό, αποτελούν το νομικό και κοινωνικό πλαίσιο της χώρας υποδοχής και ο βαθμός στον οποίο αξιολογούνται υποστηρικτικά προς τους αλλοδαπούς. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου αξιολογείται τόσο προφυλακτική όσο και καθοριστική κατά το στάδιο αυτό.

Σχετικές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι σε μικρό χρόνο παραμονής στη χώρα υποδοχής εμφανίζονται πολύ λιγότερα συμπτώματα και ψυχικές διαταραχές σε σχέση με την μεγαλύτερης διάρκειας παραμονή. Το πέρας της περιόδου των πρώτων έξι μηνών αξιολογείται συνήθως ως σημείο έναρξης των συμπτωμάτων.

Ο Sluzki συμπληρώνει ως υποστάδιο της μετα - μεταναστευτικής περιόδου, την ενσωμάτωση ή αφομοίωση, έννοιες στις οποίες αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας. [Lindert <mailto:mail@jindert.de>, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. and Priebe, S. 25 March 2008]

8. Περιορισμοί στον σχεδιασμό και την εκπόνηση των ερευνών

Οι εκτιμήσεις και τα αποτελέσματα των ερευνών για την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων παγκοσμίως, ποικίλλουν ευρέως. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ετερογένεια των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με την υγεία (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακοί δεσμοί και εκπαίδευση), μεταξύ των δειγμάτων – πληθυσμών. Σχετικά με τα χαρακτηριστικά που μόλις αναφέρθηκαν, η πλειοψηφία των μεταναστών και προσφύγων σε κάθε χώρα, αποτελούν άτομα ηλικίας μεταξύ 20-40 ετών, περίοδο που συνήθως εκδηλώνεται η ψυχική ασθένεια, το γυναικείο φύλο έχει επίσης «κατηγορηθεί» για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών ενώ και η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση μπορούν να συμβάλουν είτε στην ανάπτυξη είτε στην έκβαση ή και στην αντίληψη της διαταραχής. Αρκετές έρευνες, επιχειρούν να θέσουν σε σύγκριση την κατάσταση της ψυχικής υγείας των μεταναστευτικών πληθυσμών με αυτήν των πολιτών της χώρας υποδοχής, αγνοώντας την σημαντική υφιστάμενη διαφορά των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων των δύο ομάδων. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μετανάστες με μη μετανάστες δεν επιτρέπουν δυνατότητα σύγκρισης. Η διαδικασία και η εμπειρία της μετανάστευσης αποτελούν από μόνες τους είτε προδιαθεσικό είτε επιβαρυντικό παράγοντα της ψυχικής υγείας του ατόμου. Για να γίνει αντιληπτός και να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος της μετανάστευσης στην ψυχική υγεία, πρέπει να συγκριθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας του μετανάστη με αυτήν που θα επικρατούσε αν το ίδιο το άτομο δεν μετανάστευε, σύγκριση πρακτικά αδύνατη.

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι είναι αδύνατο να ερευνηθούν «οι μετανάστες» ως ομοιογενής ομάδα σχετικά με τον κίνδυνο για τη ψυχική ασθένεια, κυρίως γιατί (i) η ψυχική υγεία διαφέρει μεταξύ των αποδημητικών ομάδων, (ii) η πρόσβαση των αλλοδαπών στις ψυχιατρικές και κοινωνικές Υπηρεσίες διαφέρει ανάλογα του νομικού πλαισίου της χώρας υποδοχής, (iii) η ψυχική υγεία και η κατανάλωση των παροχών προαγωγής της εξαρτώνται και διαμορφώνονται τόσο από τη δυνατότητα όσο και από τη διάθεση των αλλοδαπών να τις διαχειριστούν και (iv) η ίδια η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών για την ψυχική υγεία διαφέρουν με τη σειρά τους.

Αρκετοί περιορισμοί έχουν παρατηρηθεί και εξακολουθούν να επαναλαμβάνονται στις μελέτες περί της ψυχικής υγείας των αλλοδαπών και αποτελούν είτε αστάθμητους και αναπόφευκτους παράγοντες λόγω του αντικείμενου της έρευνας είτε ερευνητικά σφάλματα - bias - εκ μέρους των ίδιων των ερευνητών. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται κυρίως αντικειμενικές δυσκολίες για την διεξαγωγή της έρευνας όπως γλωσσολογικά προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των ερευνητών και των ερευνούμενων και άλλες πολιτισμικές διαφοροποιήσεις, ο φόβος των αλλοδαπών να “ανοιχτούν” και να μιλήσουν για την εμπειρία τους ή ακόμα και στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, η φύση και τα συμπτώματα της διαταραχής. Στη δεύτερη κατηγορία περιορισμών και ουσιαστικά αυτή των μεθοδολογικών προβλημάτων της έρευνας, περιλαμβάνονται κυρίως τα μικρά μεγέθη δειγμάτων και η χρήση μη τυχαίων δειγματοληπτικών μεθόδων με αποτέλεσμα την τελική πιθανή ακαταλληλότητα των δειγμάτων και την διεξαγωγή εσφαλμένων ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να τονίσουμε πως η παρούσα έρευνα δεν επιχειρεί την ακριβή καταγραφή των ψυχιατρικών περιστατικών των αλλοδαπών στην χώρα μας και την πιθανή αριθμητική σύγκρισή τους είτε με τον αριθμό των

αντίστοιχων ψυχιατρικών περιστατικών στις χώρες καταγωγής των ασθενών είτε με τον γενικό γηγενή πληθυσμό της Ελλάδας. Κυρίως, επιχειρείται η ανάδειξη μίας όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικής και ολοκληρωμένης εικόνας της ψυχικής υγείας των αλλοδαπών, είτε μεταναστών είτε προσφύγων, μέσα από την προσωπική σκοπιά των εργαζόμενων ψυχιάτρων, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών στις αρμόδιες Υπηρεσίες της Αθήνας. Μέσα από την καθημερινή ενασχόλησή τους και την εμπειρία τους με το αντικείμενο, οι επαγγελματίες προσπαθούν ουσιαστικά να παρουσιάσουν την κατάσταση που επικρατεί την παρούσα χρονική περίοδο στην πρωτεύουσα σε μικροεπίπεδο και κατ' επέκταση στη χώρα μας και τα προβλήματα που σχετίζονται με τον τομέα αυτό.

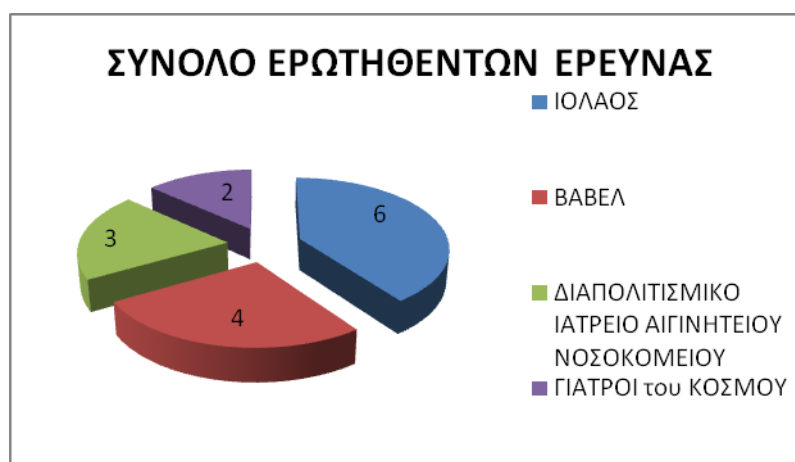
9. Ερευνητικό μέρος - Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας



Η ποιοτική έρευνα έλαβε χώρα στην Αθήνα Αττικής, κατά τους μήνες Μάρτιο, Απρίλιο και Μάιο του έτους 2010. Αφορούσε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε τέσσερις Φορείς για την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, το πρόγραμμα *Ιόλαος* του Ελληνικού Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες (GCR), το *Κέντρο Ημέρας Βαβέλ*, το *Πολυιατρείο των Γιατρών του Κόσμου* και το *Διαπολιτισμικό Ιατρείο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών*.

Σκοπό της λήψης των συνεντεύξεων αποτελεί αρχικά, η καταγραφή του τρόπου λειτουργίας των δομών ψυχικής υγείας για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες στην Αθήνα καθώς και η διερεύνηση της συμβολής της μετανάστευσης και προσφυγικότητας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Η λεπτομερής ανάλυση των παρεχόμενων πληροφοριών προσφέρει τη δυνατότητα συνδυασμού της θεωρίας με την πράξη, του περιεχόμενου της παγκόσμιας βιβλιογραφίας με την καθημερινή ενασχόληση των συνεντευξιαζόμενων με το ερευνούμενο θέμα.

Το σύνολο των ερωτηθέντων αποτέλεσαν 15 άτομα στον αριθμό. Το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει τον αριθμό των συνεντευξιαζόμενων επαγγελματιών από τον κάθε ένα Φορέα. Πίνακας 1.



Ως προς τις επαγγελματικές ειδικότητες των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας: Πίνακας 2.



3 από τους ψυχολόγους απασχολούνται εθελοντικά στους Φορείς Αιγινήτειο Νοσοκομείο και Γιατροί του Κόσμου και δεν είναι έμμισθες. Ο μέσος όρος της ηλικίας όλων των ερωτηθέντων ήταν τα 32 έτη, με min ηλικία τα 25 έτη και max τα 46. Ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές, 1 από τους 3 ψυχιάτρους έχει διδακτορική διατριβή και 1 μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, 5 στους 6 ψυχολόγους έχουν μεταπτυχιακό τίτλο και 1 στους 6 κοινωνικούς λειτουργούς, επίσης τον ίδιο τίτλο. Ο μέσος όρος απασχόλησης στο επάγγελμα

για τους ψυχολόγους είναι τα 5 έτη ενώ ο ίδιος όρος αφορά και στην απασχόληση των ερωτηθέντων στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας. Ο πρώτος ψυχίατρος εργάζεται 10 έτη, ο δεύτερος 13 και ο τρίτος 2.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν βάσει ημι-δομημένου πλάνου και ακολούθησαν προσχεδιασμένους βασικούς θεματικούς άξονες. Η δομή των συνεντεύξεων περιελάμβανε ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου καθώς και ερωτήσεις ανάπτυξης.

Συγκεκριμένα, οι συνεντεύξεις χωρίζονται σε τέσσερις βασικές θεματικές ενότητες. Η πρώτη αφορά στα προσωπικά στοιχεία των συνεντευζιαζόμενων, όπως τίτλο σπουδών, φορέα και έτη απασχόλησης. Η δεύτερη, στα γενικά στοιχεία για τον Φορέα, όπως τα έτη λειτουργίας του, οι υπηρεσίες που παρέχει και το πλήθος των ατόμων που απευθύνονται σε αυτόν ετησίως. Η τρίτη ενότητα αφορά σε ερωτήσεις για τον ρόλο του συνεντευζιαζόμενου και πτυχές από την προσωπική του εμπειρία ως επαγγελματία, όπως περιγραφή των καθηκόντων του, κυριότερες αντιμετωπιζόμενες δυσκολίες, σημεία ισχύουσας νομοθεσίας αλλά και πλαισίου εργασίας προς βελτίωση. Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αφορά σε πληροφορίες για τους χρήστες του φορέα, κυρίως κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.

Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν λεπτομερειακά στο περιεχόμενό τους και στη συνέχεια ακολουθεί μία περιγραφική καταγραφή των απαντήσεων των συνεντευζιαζόμενων στα πιο σημαντικά ερωτήματα που τέθηκαν για κάθε έναν Φορέα ξεχωριστά καθώς και παρουσίαση των συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα.

9.1. Πρόγραμμα "Τόλαος" - Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ) αποτελεί Ελληνική, Μη Κυβερνητική Οργάνωση, που ιδρύθηκε το 1989 για να υποστηρίξει τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα. Μέσα από ποικίλες ψυχοκοινωνικές και νομικές υπηρεσίες, τους βοηθά να ενταχθούν αρμονικά στη χώρα. Αποτελεί ουσιαστικά, το μόνο ελληνικό μη κυβερνητικό, μη κερδοσκοπικό Φορέα που ασχολείται αποκλειστικά με άτομα που ζητούν άσυλο στην Ελλάδα και θεωρούνται πρόσφυγες, εντάσσεται στα μητρώα του Υπουργείου Εξωτερικών και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως Σωματείο Αναγνωρισμένο ως Ειδικώς Φιλανθρωπικό, αποτελεί μία από τις έξι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις προστασίας των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στην Ελλάδα που συμμετέχουν στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ) σύμφωνα με το Νόμο για την Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου 2667/98. Καθήκοντα αντιπροέδρου έχει αναλάβει η Πρόεδρος του Δ.Σ του ΕΣΠ. Το Συμβούλιο είναι επίσης, επιχειρησιακός έταίρος της Υπάτης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR), και μέλος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για Πρόσφυγες και Εξόριστους (ECRE). [Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, 2010]

Τα στοιχεία προκύπτουν απ' τον συνδυασμό των κοινών απαντήσεων των συνεντευζιαζόμενων στην δεύτερη θεματική ενότητα της συνέντευξης που αφορά στα γενικά στοιχεία για τον Φορέα.

Πρόκειται για ένα καινοτόμο, πιλοτικό πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και υλοποιεί το *Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες*. Λειτουργήσε το 2001 και σκοπό έχει, μέσω της παροχής πολύπλευρης στήριξης στους πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές και σοβαρά

ψυχοκοινωνικά προβλήματα, την επίτευξη ανεξάρτητης, αυτόνομης και δημιουργικής διαβίωσής τους. Η Μονάδα «Ιόλαος» αποτελείται από τρεις διακριτές, αλληλοσυμπληρούμενες δομές: το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Περίθαλψης, το Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης και τον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Προσφύγων.

Στο Κέντρο Ημέρας παρακολουθούνται ψυχιατρικά και παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με ελάσσονες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, παρέχονται δυνατότητες για δημιουργική απασχόληση στο πλαίσιο της εργοθεραπείας, κοινωνικοποίηση, ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, μαθήματα ελληνικών από εθελοντές, νομική συμβουλευτική ενημέρωση, επαγγελματικός προσανατολισμός και προπαρασκευαστικές ενέργειες για προώθηση των προσφύγων στην αγορά εργασίας.

Το Προστατευόμενο Διαμέρισμα λειτουργεί από το Νοέμβριο του 2004. Στεγάζει αυτή την περίοδο τρεις πρόσφυγες με ψυχικές διαταραχές, οι οποίοι, μετά από παραμονή τους στον Ξενώνα και βελτίωση της ψυχικής τους κατάστασης, κρίθηκε ότι μπορούσαν να προχωρήσουν σε καθεστώς ημιαυτόνομης διαβίωσης με τη στήριξη οικονόμου και κοινωνικού λειτουργού.

Ο Ξενώνας, (στον χώρο του οποίου πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις), είναι δυναμικότητας 10 ατόμων, 24ωρης κάλυψης και μέγιστης διάρκειας παραμονής έως 20 μήνες. Την περίοδο αυτή φιλοξενεί 5 άτομα, ενώ οι υπόλοιπες θέσεις δεν έχουν καλυφθεί λόγω προϋπάρχοντος κενού θέσεων προσωπικού και συνεπώς προσωρινής διακοπής αποδοχής περιστατικών από παραπομπές. Το προσωπικό μας ενημέρωσε πως η τυπική μέγιστη διάρκεια των 20 μηνών παραμονής των φιλοξενούμενων συνήθως παραβλέπεται, σε περίπτωση μη στεγαστικής αποκατάστασής τους. Απευθύνεται σε ενήλικους πρόσφυγες, άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σοβαρές διαταραχές, ψυχωσικού τύπου, σε φάση ύφεσης και οι οποίοι δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν και να συμβιώσουν με άλλα άτομα. Σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό του Ξενώνα, τα άτομα θα πρέπει επιπρόσθετα να μην κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, να μην φέρουν αντίσταση στη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής και να μην προβαίνουν σε μορφές βίας, ενώ παραβίαση του κανονισμού επιφέρει αποβολή τους από τον Ξενώνα. Φιλοδοξεί να αποτελέσει το ενδιάμεσο βήμα για την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία. Στον Ξενώνα λειτουργούν και παρέχονται ενδεικτικά: ψυχιατρική παρακολούθηση, ατομική συμβουλευτική και παροχή ψυχολογικής στήριξης στους ίδιους και στις οικογένειές τους (όπου υπάρχουν και κρίνεται αναγκαίο), εκπαίδευση σε δεξιότητες ατομικής φροντίδας (ατομική υγιεινή, καθαριότητα), καθώς και φροντίδας του χώρου διαβίωσης, εργοθεραπεία και δημιουργική απασχόληση, ομάδα μουσικοθεραπείας, ομάδα κηπουρικής, οργάνωση δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και ψυχαγωγικών εξόδων στην κοινότητα, και ομάδες στήριξης και ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Ξενώνα, 22 νέα περιστατικά επικοινωνούν με το προσωπικό του σε ετήσια βάση.

Για την επίτευξη των στόχων τους, και οι τρεις δομές στελεχώνονται από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό (2 ψυχίατρος, 2 ψυχολόγους, 3 κοινωνικούς λειτουργούς, 4 νοσηλεύτες, μία εργοθεραπεύτρια, διερμηνείς και διοικητικό προσωπικό), εθελοντές του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού για την διεξαγωγή μαθημάτων της ελληνικής γλώσσας. Για κάθε ασθενή σχεδιάζεται και υλοποιείται, από τη διεπιστημονική ομάδα, εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, ανάλογα με τις ανάγκες του. Παράλληλα, εκτός των άλλων παροχών, η Κοινωνική Υπηρεσία συνεργάζεται με φορείς, Υπηρεσίες και νοσοκομεία για την κάλυψη αναγκών υγείας (διευθέτηση ραντεβού για κλινικό έλεγχο, συνοδεία κ.λπ.), καθώς και για την κάλυψη προνοιακών και συνταξιοδοτικών θεμάτων.

Τα *καθήκοντα των εργαζόμενων* διακρίνονται σε αυτά στο πλαίσιο του Κέντρου Ημέρας και στον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Ο ψυχίατρος ανέφερε για τον ξενώνα την ψυχιατρική εκτίμηση και υποστήριξη των φιλοξενούμενων και για το Κ.Η. τα “intake” ασθενών και το “follow up” των περιστατικών. Αντίστοιχα, η ψυχολόγος, αναφέρει και για τις δύο δομές, την ψυχολογική υποστήριξη, την ατομική ψυχοθεραπεία και τον συντονισμό ομάδων με τους πρόσφυγες. Η κοινωνική λειτουργός, συμμετέχει και η ίδια στις Ομάδες και μας εξηγεί πως πρόκειται για Ομάδες προσωπικού και προσφύγων, με ανοιχτή θεματολογία που αφορά κυρίως καθημερινά θέματα συμβίωσης και επίλυσης προβλημάτων. Στα πλαίσια του Ξενώνα, η επαγγελματίας, πραγματοποιεί ατομικά ραντεβού συμβουλευτικής, είναι υπεύθυνη για την εποπτεία του Ξενώνα, συνεργάζεται με σχετικούς Φορείς και Υπηρεσίες, διεκπεραιώνει διαδικαστικά και γραφειοκρατικά ζητήματα και εκκρεμότητες, κάνει συνοδείες των ενοίκων σε Υπηρεσίες (ΟΑΕΔ, Νομαρχία, κτλπ.). Στα πλαίσια του Κ.Η. εκτελεί και γραμματειακή υποστήριξη, ενώ ασκεί και συμβουλευτική με την βοήθεια διερμηνέα.

Ως *κυριότερες δυσκολίες* που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες, στο σύνολό τους, αναφέρονται η έλλειψη οικονομικών πόρων τόσο για την πληρωμή του προσωπικού όσο και η ανυπαρξία κρατικών κονδυλίων για την διαβίωση των ενοίκων και τον τομέα της ψυχικής υγείας γενικότερα, η διαφορετική ομιλούμενη γλώσσα που συνεπάγεται σαφή προβλήματα επικοινωνίας, η προκατάληψη της κοινωνίας προς τους αλλοδαπούς που γίνεται πολλές φορές εμφανής μέσω των υπαλλήλων την δημόσιων φορέων καθώς επίσης και το γεγονός πως οι τελευταίοι αγνοούν τα νομικά δικαιώματα των αλλοδαπών. Η ψυχολόγος του Φορέα, προσθέτει πως λόγω όλων αυτών των πρακτικών ζητημάτων, το ψυχοκοινωνικό κομμάτι των εξυπηρετούμενων “μένει πίσω” και θεωρείται δευτερεύον καθώς και οι ίδιοι οι αλλοδαποί αισθάνονται επιφυλακτικοί στην επεξεργασία του. Τέλος, ως σημαντική δυσκολία αναφέρεται επίσης, η “ασυνέχεια” στην φροντίδα των εξυπηρετούμενων καθώς αρκετοί από αυτούς διαμένουν στον ξενώνα, απουσιάζουν εν συνεχεία για μεγάλο χρονικό διάστημα και επιστρέφουν ξανά σε αυτόν με αποτέλεσμα την παροχή αποσπασματικής και αρκετές φορές αναποτελεσματικής φροντίδας.

Ως *σημεία της υπάρχουσας νομοθεσίας που πρέπει να βελτιωθούν*, οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρουν την ύπαρξη κενών στη νομοθεσία, την μεγάλη χρονική καθυστέρηση αναγνώρισης του αιτούντα άσυλο ως νόμιμο πρόσφυγα, την ανυπαρξία επιδοματικής πολιτικής και πρόνοιας και τέλος, την γλωσσική υποστήριξη των προσφύγων.

Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης ενός μέσου περιστατικού από τον Φορέα, ορίζεται στους 3 με 4 μήνες σε συστηματική βάση και στο σύνολό του περίπου στα 2 χρόνια.

Τα σημεία που προτείνουν οι εργαζόμενοι πως πρέπει να βελτιωθούν κυρίως στον Ξενώνα, ποικίλλουν και αφορούν από την κτηριακή υποδομή, (ο ξενώνας στεγάζεται σε παλιό νεοκλασικό στο κέντρο της Αθήνας), την χρηματοδότηση του τομέα της ψυχικής υγείας και των συναφών προγραμμάτων, το “burn out” των εργαζόμενων καθώς και την μισθοδοσία τους που τους προκαλεί ανασφάλεια όπως οι ίδιοι δηλώνουν και την εξασφάλιση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, καθώς οι ψυχίατροι βασίζονται σε δωρεές από διάφορους Οργανισμούς και το stock τους – οι πρόσφυγες δεν μπορούν να προμηθευτούν τα φάρμακά τους απ’ τα Δημόσια Νοσοκομεία καθώς είτε δεν μπορούν να συνεννοηθούν γι’ αυτά με τους αρμόδιους υπάλληλους είτε νομικά δεν τα δικαιούνται. Τέλος, αναφέρεται μεταφορικά και η κατάληξη του ξενώνα σε κλειστό πλαίσιο φροντίδας καθώς τα περιστατικά δεν ανακυκλώνονται.

Αναφορικά με την τέταρτη θεματική ενότητα της συνέντευξης, οι ερωτώμενοι απαντούν στο πρώτο ερώτημα πως **η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών παραπέμπεται από τα νοσοκομεία της χώρας** έπειτα από νοσηλεία τους σε αυτά. Οι περισσότεροι από τους χρήστες είναι εγγεγραμμένοι και σε άλλους Φορείς της χώρας ενώ ελάχιστοι επικοινωνούν με τον συγκεκριμένο Φορέα με δική τους πρωτοβουλία.

Το **κύριο αίτημά** τους, αποτελεί η αναζήτηση στέγης, χρηματικής βοήθειας και τροφής ενώ δευτερεύουσα έρχεται η βελτίωση της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας.

Στο ερώτημα της **συμβολής της μετανάστευσης και προσφυγικότητας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών**, οι ερωτώμενοι σπεύδουν να διαχωρίσουν τις δύο περιπτώσεις. Όσον αφορά στην πρώτη, βεβαιώνουν πως οι συνθήκες κάτω απ' τις οποίες το άτομο αλλάζει χώρα διαμονής είναι πολύ καλύτερες συνήθως και πιο ήπιες συγκριτικά με την προσφυγικότητα. Αναμφίβολα, και οι δύο καταστάσεις αποτελούν αγχογόνους παράγοντες, στην περίπτωση όμως της προσφυγικότητας το αίσθημα βίαιης απώλειας τόπου και προσφιλών προσώπων, το τραύμα, η δίωξη, η εκμετάλλευση, το ταξίδι και πιθανώς τα βασανιστήρια αλλά και η ματαίωση ονείρων που ενδεχόμενα βιώνουν κατά την άφιξη στην χώρα υποδοχής, μπορούν να επιβαρύνουν την ψυχική υγεία του ατόμου είτε και να πυροδοτήσουν μια προϋπάρχουσα δυσμενή κατάσταση. Ο ψυχίατρος κάνει επιπρόσθετα έναν άλλο σημαντικό διαχωρισμό. Αναλύει πως στην περίπτωση ψυχωσικής συνδρομής, η κατάσταση προϋπάρχει καθώς η αιτιολογία της αποτελεί συνδυασμό παραγόντων και η εμπειρία είτε επιβαρύνει είτε συντελεί στην ανάπτυξη ψυχωσικού επεισοδίου. Σε άλλες διαταραχές όπως αυτές της διάθεσης, η εμπειρία μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στην εκδήλωση αλλά και στην ουσιαστική ανάπτυξη παραδειγματικά μίας κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών **δεν έφερε επίσημη διάγνωση από τις χώρες καταγωγής τους**, ενώ αρκετοί λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή ή είχαν νοσηλευτεί ή ανέφεραν ακόμη και δείγματα κληρονομικότητας στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Το προφίλ των προσφύγων

Η πλειοψηφία των χρηστών είναι άντρες, μεταξύ των 20 και 30 χρόνων, περίπου το 70 % άγαμοι, ενώ όσοι είναι έγγαμοι, οι οικογένειές τους παραμένουν στις χώρες καταγωγής. Έχουν βασική μόρφωση ενώ ελάχιστοι έχουν αποφοιτήσει και από ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι κυρίως μουσουλμάνοι χειρώνακτες, από χώρες της Αφρικής, Το Αφγανιστάν, το Σουδάν, την Αιθιοπία και τη Σομαλία και πολύ λιγότεροι πλέον από το Ιράν και το Ιράκ.

Το βασικό τους κίνητρο για την πράξη τους αποτελεί η ίδια η σωτηρία τους, η εξασφάλιση της σωματικής τους ακεραιότητας και η επιδίωξη ενός καλύτερου τόπου διαβίωσης. Οι κυρίαρχες ψυχικές διαταραχές που συναντώνται στον Ξενώνα, είναι η σχιζοφρένεια, ενώ στο Κ.Η. η αγχώδης διαταραχή, η διπολική και η βαριά κατάθλιψη. Ως αιτιολογικούς παράγοντες ανάπτυξης της διαταραχής, οι συνεντευξιζόμενοι τονίζουν και την ίδια την εμπειρία της προσφυγικότητας και τα βασανιστήρια που πολλές φορές προηγούνται αυτής, αν όχι για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας αλλά για τα περιστατικά κατάθλιψης και διπολικής διαταραχής. Ο ψυχίατρος του Φορέα τονίζει πως πολλές φορές, η κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν στην Ελλάδα τους δυσκολεύει περισσότερο καθώς η εμπειρία αποτελεί παρελθόν ενώ το άγχος, η φοβία και η ανασφάλεια συνεχίζονται κατά την άφιξη και την παραμονή στην χώρα υποδοχής.

Η μέση ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής ποικίλει και φαίνεται να αφορά πιο συχνά στην μετεφηβική περίοδο και στην δεκαετία μεταξύ των 20 και 30 ετών. Στην ηλικία αυτή, τα άτομα βιώνουν συνήθως και την εμπειρία της προσφυγικότητας. Η ψυχολόγος του Φορέα τονίζει πως στην πλειοψηφία των περιστατικών η διαταραχή εκδηλώνεται μετά το πέρας 6 μηνών από την άφιξη στην Ελλάδα.

Οι επαγγελματίες διαβεβαιώνουν για την καλύτερη έκβαση της ψυχικής υγείας των περιστατικών που μένουν σε συνεργασία με τον Φορέα, τη μείωση των υποτροπών και του αισθήματος ψυχικής δυσφορίας. Παρέχεται υποστήριξη για την τακτοποίηση των εγγράφων των προσφύγων ενώ ελάχιστοι βρίσκουν εργασία. Στην περίπτωση που αυτό επιτευχθεί, κάνουμε λόγο για χειρωνακτική πρόχειρη εργασία, με πενιχρές απολαβές και ανύπαρκτα εργασιακά δικαιώματα.

9.1.1 Κέντρο Ημέρας “Βαβέλ”

Η “Συν-ειρμός”, ΜΚΟ Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρύθηκε το 2005 και δραστηριοποιείται στα πεδία της κοινωνικής αλληλεγγύης, της κοινωνικής οικονομίας, της μέριμνας και της ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων. Έχει κινητοποιήσει σημαντικά μεγάλο αριθμό μελών, “αλληλέγγυων - μελών” και εθελοντών, απ’ όλο το φάσμα των επιστημών, της τεχνογνωσίας, της έρευνας, αλλά και της κοινωνικής παρέμβασης. Αναπτύσσει δομημένες δράσεις και παρεμβάσεις για ευάλωτες κοινωνικά ομάδες (μετανάστες, τσιγγάνους, ΑμεΑ, ψυχικά ασθενείς), τόσο στο Λεκανοπέδιο, όσο και σε άλλες περιοχές της χώρας.

Ακόμη, διατηρεί την επιστημονική και διοικητική ευθύνη της λειτουργίας (από τον Σεπτέμβριο του 2007) της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στο νομό Τρικάλων, δομής που μαζί με το ΒΑΒΕΛ, εντάσσονται στο πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος «Ψυχαργός» και εποπτεύονται και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το Κέντρο Ημέρας ΒΑΒΕΛ έχει στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας μεταναστών, οι οποίοι διαμένουν στην Αθήνα. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το Κέντρο Ημέρας “Βαβέλ” είναι: διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ψυχικών διαταραχών, συστηματική παρακολούθηση ατόμων με ψυχική διαταραχή, οργάνωση ημερήσιας φροντίδας, εξατομικευμένη συνοδεία, συμβουλευτική ατόμων, οικογενειών, ομάδων, Οργανισμών, ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας και ευαισθητοποίηση. Λειτουργεί από τον Νοέμβριο του 2007 και ιδρύθηκε στο πλαίσιο του ΕΠ “Υγεία-Πρόνοια” 2000-2008. Χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύεται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ίδιου Υπουργείου. Την επιστημονική και διοικητική ευθύνη του διατηρεί η ΜΚΟ “Συν-ειρμός”.

Για την επίτευξη των στόχων του το Κέντρο Ημέρας “Βαβέλ” αναπτύσσει ποικιλία δράσεων στις οποίες συμπεριλαμβάνονται: [ΜΚΟ Κοινωνικής Αλληλεγγύης, “Συν-ειρμός”, 2010]

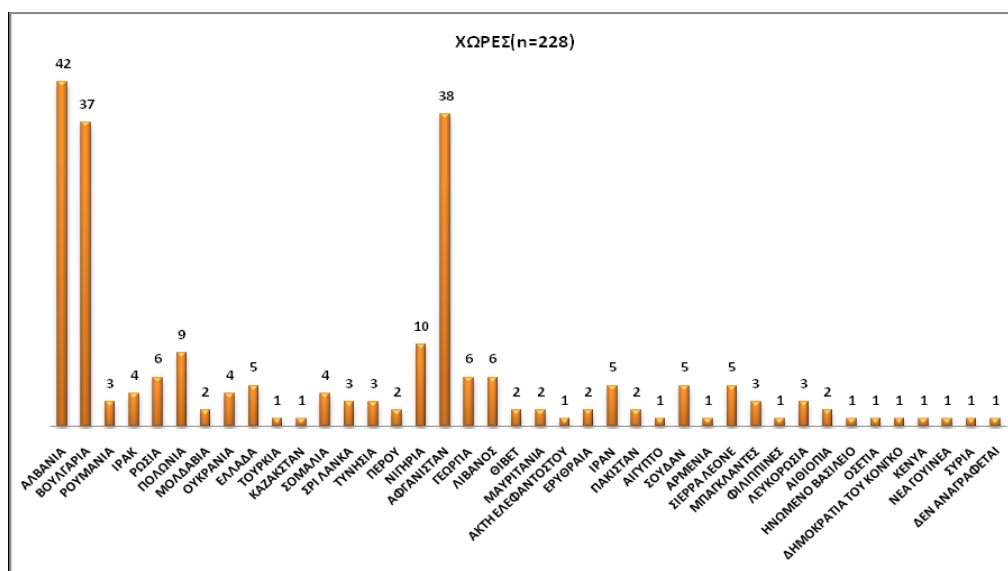
- Η καταπολέμηση του διπλού στίγματος που αφορά στις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια και το «μετανάστη» (ευαισθητοποίηση κοινότητας, ενημέρωση στελεχών υπηρεσιών)
- Η ανάπτυξη σχέσεων και επαφών με τις μεταναστευτικές κοινότητες

- Η δημιουργία δικτύου Υπηρεσιών (Μ.Κ.Ο., κρατικές υπηρεσίες) με στόχο την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των χρηστών των Υπηρεσιών
- Η δημιουργία ομάδων υποστήριξης και ενδυνάμωσης των μεταναστών με προβλήματα ψυχικής υγείας και των φροντιστών τους
- Η διοργάνωση και η συμμετοχή σε ενημερωτικές, εκπαιδευτικές & ερευνητικές δραστηριότητες
- Η χρήση της μονάδας ως ανοιχτού χώρου κοινωνικοποίησης, ανάπτυξης σχέσεων / ανταλλαγών και διεξαγωγής εκδηλώσεων.

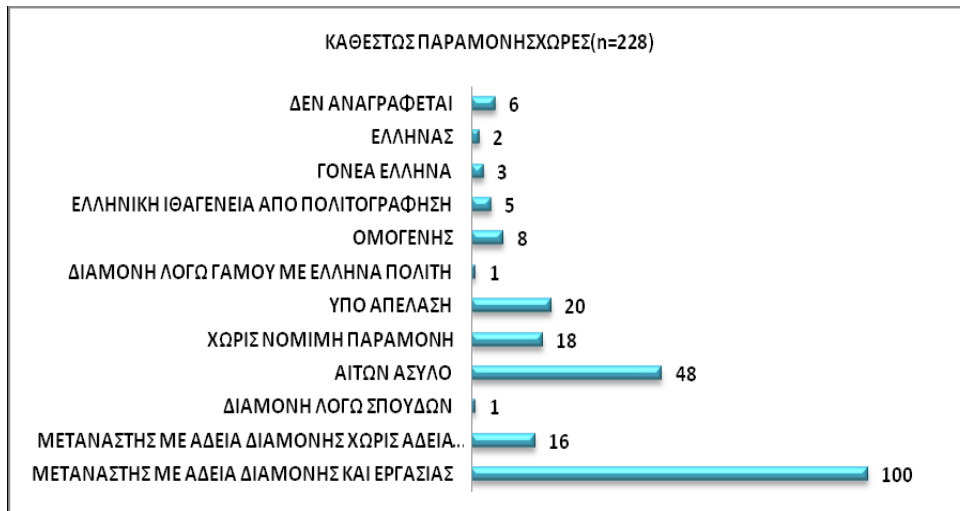
Στο Κέντρο Ημέρας απασχολούνται: ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγος, επισκέπτριες υγείας, νοσηλεύτρια, διοικητικό προσωπικό, ενώ ωφελείται της συνεργασίας μεταναστών σε ρόλο πολιτισμικών διαμεσολαβητών. Οι υπηρεσίες παρέχονται στους μετανάστες δωρεάν.

Όπως προκύπτει απ' τη βάση δεδομένων του Κέντρου Βαβέλ σε συνδυασμό με τα στοιχεία που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις στους επαγγελματίες, 331 περιστατικά απευθύνθηκαν στην Υπηρεσία από το Νοέμβριο 2007 έως και τον Δεκέμβριο 2008. 43 περιστατικά παραπέμφθηκαν σε άλλους Φορείς ενώ παρά τις συστάσεις της Υπηρεσίας, 63 μόνο περιστατικά χαρακτηρίστηκαν ενεργά αφού προσέρχονταν στις συναντήσεις, 6 μήνες μετά την πρώτη συνάντηση με τους επαγγελματίες. Τα στατιστικά στοιχεία που ακολουθούν αναφέρονται στο σύνολο των αρχικών 228 περιστατικών. Από αυτά, 107 ήταν άντρες και 121 γυναίκες, 189 ενήλικες και 39 ανήλικοι. [ΜΚΟ Κοινωνικής Αλληλεγγύης, "Συν-ειρμός", 2010]

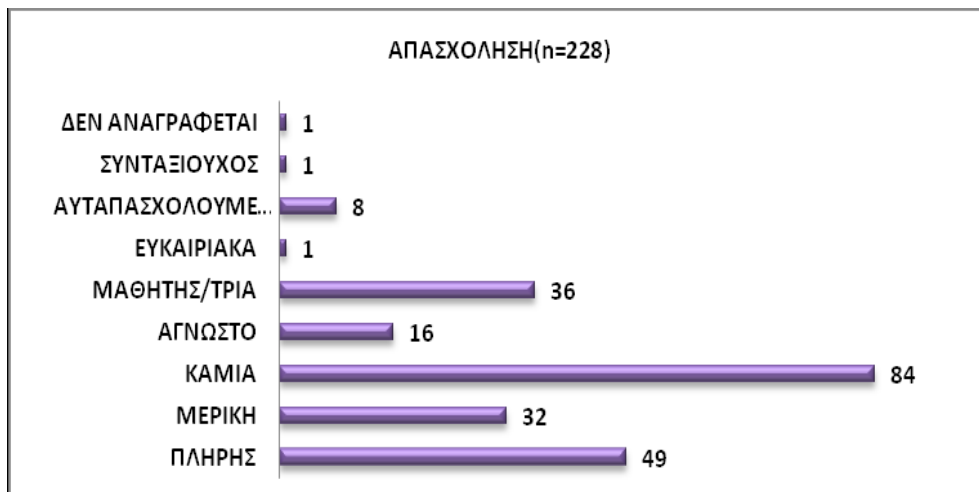
Ως **χώρες καταγωγής** τους υπολογίζονται πάνω από 40 και το παρακάτω γράφημα τις παρουσιάζει αναλυτικά σε αριθμούς. *Πίνακας 3.*



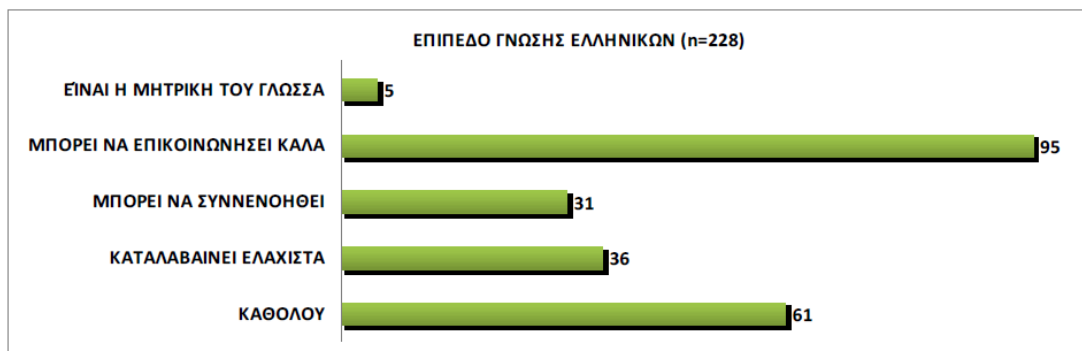
Απ' το σύνολο των 228 περιστατικών, παρακάτω περιγράφεται αναλυτικά το **καθεστώς παραμονής** τους στην Ελλάδα. *Πίνακας 4.*



Ως προς την **απασχόληση** των εξυπηρετηθέντων: Πίνακας 5.



Ως προς τη **δυνατότητα επικοινωνίας** στην ελληνική γλώσσα: Πίνακας 6.



Ως προς το **περιεχόμενο των αιτημάτων** τους: Πίνακας 7.

μεταναστών στο Βαβέλ. Ο ψυχίατρος του Κέντρου προσθέτει πως πραγματοποιεί δύο μέρες την εβδομάδα συναντήσεις με περιστατικά που παρακολουθεί σε μόνιμη βάση. Ο ψυχολόγος του Κέντρου πραγματοποιεί ατομικές συνεδρίες σε τακτική βάση, είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων ψυχολόγων και συμπληρωματικά τυγχάνει να κάνει την διερμηνεία από τη γαλλική γλώσσα. Την περασμένη χρονιά λειτουργούσε και θεατρική ομάδα παιδιών μεταναστών. Οι κοινωνικές λειτουργοί είναι υπεύθυνες για πρακτικά ζητήματα αποκατάστασης, την ενημέρωση των μεταναστών για τα δικαιώματά τους, τη διασύνδεση με άλλες Υπηρεσίες και επισκέψεις σε οικίες εξυπηρετούμενων.

Ως **κυριότερες δυσκολίες των επαγγελματιών**, αναφέρονται οι οικονομικοί πόροι, η ασυνέχεια στην παρακολούθηση των περιστατικών και η ανυπαρξία ενδιάμεσων δομών προς παραπομπή.

Ως προς **τη νομοθεσία**, οι ερωτηθέντες προτείνουν πολλά σημεία που πρέπει να βελτιωθούν. Τα κυριότερα από αυτά αφορούν στη συνεχή διαφοροποίηση των άρθρων, την μη παροχή στέγασης, σίτισης, επιδομάτων, ασφάλισης στην εργασία, την πρόσφατη κατάργηση του δεύτερου βαθμού προσφυγής για την χορήγηση ασύλου, την άγνοια των Διευθύνσεων Κοινωνικής Πρόνοιας και του ΟΑΕΔ για το δικαίωμα των αιτούντων άσυλο από το Νοέμβριο του 2006 για αίτηση παροχής επιδομάτων καθώς και την άγνοια των Νοσοκομείων για το διάταγμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ως ειδήμονες, προτείνουν την ενιαία ευρωπαϊκή πολιτική, την κατοχύρωση πολιτισμικού διαμεσολαβητή, την απεμπλοκή της αστυνομίας από τις διαδικασίες και την ίδρυση ενός προγράμματος ενσωμάτωσης.

Οι επαγγελματίες θα επιθυμούσαν να εργάζονται στο Κέντρο μόνιμοι διερμηνείς, να υπάρχει σταθερή και με ροή χρηματοδότηση, να εκπονείται έρευνα.

Στο ερώτημα της **συμβολής της μετανάστευσης και προσφυγικότητας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών**, οι ερωτηθέντες συμφώνησαν πως αναμφίβολα και οι δύο καταστάσεις αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα της ψυχικής υγείας του ατόμου και δημιουργούν ψυχοπρεστικό αίσθημα. Η μετανάστευση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για την ανάπτυξη της διαταραχής και η προσφυγικότητα πυροδοτικό ή παράγοντα παράτασης της κατάστασης. Ένα μετατραυματικό στρέψ ή μία αντιδραστική κατάθλιψη σαφώς μπορούν να προκύψουν μετά την δύσκολη εμπειρία. Στην περίπτωση των ψυχώσεων, αυτές τείνουν να επιδεινώνονται είτε με την ίδια εμπειρία είτε με την αντιμετωπιζόμενη κατάσταση στη χώρα υποδοχής.

Ως **μέση ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής** ορίζονται τα 20 με 30 έτη, ενώ οι ερωτηθέντες συμφωνούν πως υφίσταται εμφανής βελτίωση της κατάστασης ψυχικής υγείας στα περιστατικά που παρακολουθούνται σε συστηματική βάση.

9.1.2 Πολυϊατρείο Γιατρών του Κόσμου

Οι **Γιατροί του Κόσμου** (Medecins Du Monde) αποτελούν μία Μη Κυβερνητική, ανεξάρτητη, ανθρωπιστική διεθνής οργάνωση που ιδρύθηκε στη Γαλλία το 1980 από τον Γάλλο γιατρό Bernard Couchner, μετέπειτα Υπουργό Υγείας και Ανθρωπιστικής Δράσης της Γαλλίας. Οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας δημιουργήθηκαν το 1990 και αποτελούν μία γνήσια Ελληνική Οργάνωση που ακολουθεί το δικό της μονοπάτι βασιζόμενη στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας, διατηρώντας την οικονομική και διοικητική της ανεξαρτησία. Ταυτόχρονα, ωστόσο, παραμένουν μέρος του Διεθνούς Δικτύου των ΓτΚ το οποίο αποτελείται από 14 συνολικά τμήματα (Γερμανία, Βέλγιο, Ισπανία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Ελβετία, Καναδάς, Ιαπωνία και Αργεντινή).

Τα προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας οι ΓτΚ ανέρχονται στα 13. Το πρόγραμμα *“Δρόμοι”* με στόχο τη μείωση της βλάβης και την παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής σε χρήστες ουσιών, το πρόγραμμα *ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής στήριξης στη μειονότητα «Ρομά»*, το πρόγραμμα *διαπολιτισμικής εκπαίδευσης των δημοσίων υπαλλήλων* που ασχολούνται με θέματα νοσοκομειακής περίθαλψης των υπηκόων τρίτων χωρών σε νοσοκομεία Αττικής και Θεσσαλονίκης, το πρόγραμμα *“e-kinotos”* για τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την ενημέρωση εφήβων, το *Φαρμακείο* που λειτουργεί από το 1991 και στεγάζεται στο ίδιο κτίριο με το Πολυϊατρείο και τα γραφεία της Οργάνωσης και παρέχει ανελλιπώς δωρεάν φαρμακευτική αγωγή σε περισσότερους από 50 ασθενείς την ημέρα, πρόσφυγες, μετανάστες, αλλά και Ελληνες, με περιορισμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, το πρόγραμμα των Γιατρών του Κόσμου για την *ιατρική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη των κρατουμένων φυλακών*, η *παιδο-οδοντιατρική κινητή μονάδα «Αητώ»*, με στόχο την προαγωγή ιατρικής φροντίδας στην ευάλωτη ομάδα των παιδιών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας, το πρόγραμμα *“HUMA”* με στόχο την προαγωγή της ισότιμης πρόσβασης των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το πρόγραμμα *“IPIΣ”* για την παροχή διαγνωστικού και προληπτικού οφθαλμολογικού ελέγχου σε απομονωμένες και απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας.

Πιο αναλυτικά, το πρόγραμμα *«Άνοιχτό Πολυϊατρείο»* λειτουργεί με βασικό στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, όπως μετανάστες και πρόσφυγες που δεν διαθέτουν νόμιμο έγγραφο παραμονής στη χώρα, αλλά και άπορους, ανασφάλιστους, άστεγους και Ρομά.

Πολυϊατρείο Αθήνα

Το Πρόγραμμα στηρίζεται σε 3 άξονες, περιλαμβάνοντας πρώτα την *Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, όπου το σύνολο του ιατρικού προσωπικού του Πολυϊατρείου εξυπηρετεί τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του. Στη συνέχεια, υπάρχει ο άξονας *Επείγοντα Περιστατικά*, όπου στηρίζεται σε ένα δίκτυο εθελοντών στα νοσοκομεία όλης της χώρας, το οποίο και μεσολαβεί σε περιπτώσεις άμεσης ανάγκης πρόσβασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, "παρακάπτοντας" τις γραφειοκρατικές δυσκολίες. Τέλος, ο άξονας *Φαρμακείο* εξυπηρετεί την ανάγκη χορήγησης φαρμάκων, μετά την παρακολούθηση του ασθενούς από τους ιατρούς του Πολυϊατρείου.

Στην Αθήνα το Πρόγραμμα λειτουργεί από το 1997. Από την ίδρυσή του μέχρι και σήμερα, περισσότεροι από 100.000 ασθενείς δέχθηκαν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο πλαίσιο του Πολυϊατρείου. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών, οι εξειδικευμένες ομάδες εθελοντών του προγράμματος περιθάλλουν, κατά μέσο όρο, 14.000 ασθενείς ετησίως. Οι κύριες χώρες προσέλευσης των εξυπηρετούμενων είναι το Ιράκ, το Αφγανιστάν, το Μπαγκλαντές, οι Αφρικανικές χώρες, το Ιράν, η Βουλγαρία, η Πολωνία, η Ουκρανία και η Αλβανία. Πολυϊατρεία επίσης λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη, στα Χανιά και στο Πέραμα.

“Ξενώνας Φιλοξενίας και Υποδοχής Αιτούντων Άσυλο-Πρόγραμμα φιλοξενίας και κοινωνικής στήριξης προσφύγων των Γιατρών του Κόσμου”

Οι Γιατροί του Κόσμου μετέτρεψαν το χώρο τους σε στέγη φιλοξενίας και υποδοχής προσφύγων, αιτούντων άσυλο σε ένα Πρόγραμμα που στοχεύει στην κάλυψη των βασικών αναγκών που προκύπτουν κατά το πρώτο διάστημα παραμονής τους στη χώρα μας.

Ο Ξενώνας, ο οποίος λειτουργεί από το 2001, παρέχει στέγαση, τροφή, πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από το Ανοιχτό Πολυϊατρείο, καθώς και προληπτική φροντίδα και αγωγή υγείας. Το Πρόγραμμα, στεγάζεται στο κεντρικό κτίριο των Γιατρών του Κόσμου, έχει δυναμικότητα 70 ατόμων, είναι ομαδικής διαβίωσης, 24ωρης κάλυψης και παρέχει φιλοξενία από 2 μέχρι 12 μήνες. Ο προσωρινός χαρακτήρας της φιλοξενίας, καθώς και η ενθάρρυνση της δυναμικής κοινωνικής ένταξης των φιλοξενούμενων, αποβλέπουν στην αποτροπή φαινομένων παθητικότητας και ιδρυματοποίησης.

Ο Ξενώνας παρέχει στους επωφελούμενους ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών όπως στέγαση, τροφή, παροχή ειδών πρώτης ανάγκης, πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, φαρμακευτική αγωγή, προληπτική φροντίδα και αγωγή υγείας, κοινωνική και νομική συμβουλευτική, παροχή ψυχολογικής στήριξης, ενημέρωση σε θέματα υγείας και υγιεινής, καθώς και εκμάθηση ελληνικής γλώσσας και υπολογιστών, δημιουργική απασχόληση και συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Ο Ξενώνας, από τον Ιούνιο του 2001, έχει εξυπηρετήσει πάνω από 2.500 άτομα εκ των οποίων, οι περισσότεροι είναι νεοαφιχθέντες στην Ελλάδα και φέρουν όλα τα νόμιμα έγγραφα. Από το 2008, το Πρόγραμμα συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Προσφύγων και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το τμήμα της *Κοινωνικής Υπηρεσίας των Γιατρών του Κόσμου* παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης και συμβουλευτικής στους εξυπηρετούμενους της Οργάνωσης, σύμφωνα με τις αρχές της Διαμεθοδικής Κοινωνικής Εργασίας και σε συνεργασία με ένα οργανωμένο δίκτυο κρατικών υπηρεσιών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Στόχος της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι η εξατομικευμένη αντιμετώπιση των αναγκών των εξυπηρετούμενων. Η Κοινωνική Υπηρεσία λειτουργεί καθημερινά στοχεύοντας στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και δυσκολιών τόσο των φιλοξενούμενων του Ξενώνα, όσο και όσων απευθύνονται σε αυτήν μέσω του Πολυϊατρείου. Το τμήμα προσπαθεί να εντάξει τα άτομα αυτά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και να τους εξασφαλίσει μια ποιότητα ζωής που θα ανταποκρίνεται στις βασικές τους ανάγκες.

Συγκεκριμένα η Κοινωνική Υπηρεσία έχει τις εξής αρμοδιότητες: [ΜΚΟ Γιατροί του Κόσμου, 2010]

- I. Λήψη κοινωνικού ιστορικού (καταγραφή κοινωνικών στοιχείων και αιτημάτων εξυπηρετούμενων)
- II. Δημιουργία και ενημέρωση αρχείου Κοινωνικής Υπηρεσίας
- III. Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών - κοινωνική παρέμβαση- παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης
- IV. Κοινωνική συμβουλευτική και στήριξη (ενημέρωση εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και τις δυνατότητες τους για πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας και κοινωνικής αρωγής)
- V. Υλική αρωγή (ενημέρωση για προνοιακά ζητήματα, επιδόματα, τρόφιμα, είδη πρώτης ανάγκης) κατά περίπτωση)
- VI. Ενημέρωση για θέματα εκπαίδευσης και κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού
- VII. Διασυνδεδετική εργασία με δημόσιες Υπηρεσίες και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και συνεργασία με το ευρύτερο δίκτυο κοινωνικών Υπηρεσιών
- VIII. Καταγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών και στατιστικών στοιχείων
- IX. Συνεργασία κατόπιν παραπομπών περιπτώσεων με όλα τα προγράμματα της οργάνωσης.

Το *Ψυχοκοινωνικό τμήμα των Γιατρών του Κόσμου* έχει ως στόχο να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης των μεταναστών και άλλων ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, οι οποίοι λόγω διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε δημόσιους ή ιδιωτικούς τομείς για την ψυχική υγεία.

Το Τμήμα λειτουργεί καθημερινά τα πρωινά και δυο απογεύματα στο πλαίσιο του ωραρίου του Πολυϊατρείου της Οργάνωσης. Ο ρόλος του Τμήματος είναι πρώτα η εκτίμηση των αναγκών του κάθε ατόμου και κατόπιν είτε η εισαγωγή του στο Πρόγραμμα, με την παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας και κοινωνικής υποστήριξης, είτε η παραπομπή του σε κάποιον άλλο φορέα, εάν κριθεί ότι χρήζει πιο εξειδικευμένης βοήθειας. Το Ψυχοκοινωνικό Τμήμα μετά από μια πρώτη εκτίμηση της κάθε περίπτωσης, και εφόσον κριθεί ότι μπορεί να την υποστηρίξει, προσφέρει έναν αρχικό αριθμό συνεδριών με σύμβουλο/ψυχολόγο και παράλληλα και συναντήσεις με κοινωνικό λειτουργό. Η ομάδα του Ψυχοκοινωνικού Τμήματος αποτελείται από μία έμμισθη κοινωνική λειτουργό και επτά εθελοντές ψυχολόγους με εμπειρία στη συμβουλευτική, απόφοιτους, φοιτητές με αντικείμενο σπουδών τους τη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία. Σχετικά, άμεσο στόχο αποτελεί η εύρεση ψυχολόγων ή συμβούλων με γνώση αραβικών κυρίως γλωσσών ή εκπαιδευμένων μεταφραστών. Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα καλούνται να είναι άτομα κοινωνικά ευαίσθητοποιημένα με ικανότητα κατανόησης της πολυπολιτισμικότητας και της επίδρασής της στη διαδικασία της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Το τμήμα παρέχει 2ωρη εβδομαδιαία εποπτεία για όλους τους συμμετέχοντες καθώς και την ευκαιρία οργάνωσης παρουσιάσεων σχετικών με το αντικείμενο και συμμετοχής σε ημερίδες, σεμινάρια στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Ομάδες Παιδιών

Οι ομάδες παιδιών αποτελούν ένα νέο πλαίσιο δραστηριοτήτων αναφορικά με τον παιδικό πληθυσμό του ξενώνα των Γιατρών του Κόσμου με κεντρικό άξονα

ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο ομάδες παιδιών χωρισμένες ηλικιακά, οι οποίες δραστηριοποιούνται σε εβδομαδιαία βάση και απευθύνεται σε παιδιά που μένουν στον ξενώνα των Γιατρών του Κόσμου με τις οικογένειες τους, καθώς και παιδιά που έχουν φιλοξενηθεί στο παρελθόν. Η πρώτη ομάδα, αφορά παιδιά ηλικίας 8 – 12 ετών και η δεύτερη 12 – 16.

Στόχο του προγράμματος αποτελεί η πρωτοβάθμια πρόληψη της ψυχικής και ευρύτερα κοινωνικής υγείας καθώς και ένταξης των παιδιών στο νέο εθνικό πλαίσιο που τους υποδέχεται. Το πρόγραμμα απαρτίζεται από ψυχολόγους με εμπειρία/ενδιαφέρον στα παιδιά, φοιτητές και παιδαγωγούς και περιλαμβάνει εβδομαδιαία εποπτεία για όλους τους συμμετέχοντες.

Όπως προκύπτει και πιο συγκεκριμένα από τις συνεντεύξεις των επαγγελματιών, και αυτές τονίζουν με τη σειρά τους πως η επικοινωνία με τους χρήστες και το τι οι ίδιοι ζητούν απ' τον Οργανισμό, η ελλιπής χρηματοδότηση και η ανυπαρξία δομών **δυσχεραίνουν το έργο τους**.

Στην υπάρχουσα νομοθεσία, θα επιθυμούσαν να μειώσουν το χρόνο αναμονής των αλλοδαπών για την έκβαση απόφασης ως προς το μέλλον τους και τον όγκο της γραφειοκρατίας που απαιτείται για τις διαδικασίες, να αυξήσουν το ποσοστό χορήγησης ασύλου και όπως τονίζουν πρόκειται ουσιαστικά για ένα πολιτικό ζήτημα, το οποίο απαιτεί ριζικές αλλαγές.

Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης ενός μέσου περιστατικού με την κοινωνική λειτουργό της Υπηρεσίας ορίζεται στις 8 συνεδρίες και με τους ψυχολόγους του τμήματος, οι 12 συνεδρίες με δυνατότητα επέκτασης στις 24.

Στο πλαίσιο εργασίας τους θα βελτίωναν την χρηματοδότηση και θα επιθυμούσαν να προκηρυχτούν οργανικές θέσεις για μεταφραστές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Αντίθετα με τις υπόλοιπες συναφείς δομές, όπως προκύπτει απ' τα στατιστικά στοιχεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών **επικοινωνεί έπειτα από προσωπική τους πρωτοβουλία** με τον Φορέα (41%), 16,5 % έπειτα από παραπομπή και το υπόλοιπο ποσοστό έπειτα από προτροπή οικείων τους προσώπων.

Τα κύρια αιτήματα των χρηστών από το τμήμα αφορούν σε ποσοστό 39% ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, 7% αίτημα για εύρεση στέγασης και 4.5% εύρεση εργασίας.

Τόσο η κοινωνική λειτουργός, όσο και η ψυχολόγος, συμφωνούν πως και η μετανάστευση και η προσφυγικότητα **μπορούν να συμβάλλουν** και στην ανάπτυξη μίας ψυχιατρικής διαταραχής αλλά και στην πυροδότηση ενός ψυχιατρικού επεισοδίου.

Ελάχιστο ποσοστό αλλοδαπών φέρουν την διάγνωση απ' τη χώρα τους.

Κοινωνικο – δημογραφικά στοιχεία χρηστών:

Οι άνδρες και οι γυναίκες χρήστες απαντώνται σε ίσο ποσοστό, είναι κυρίως μεταξύ των ηλικιών 25 – 50, η πλειοψηφία είναι έγγαμοι που προσέρχονται στη χώρα με τις

οικογένειές τους, 57 % έχουν παιδιά συνήθως μέχρι δύο στον αριθμό, το 49% έχει ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και 16% τριτοβάθμια. Το 80% δεν εργάζεται. Το 43% διαμένει στην Ελλάδα παραπάνω από 4 χρόνια και το μεγάλο ποσοστό αυτό των ατόμων που ενώ βρίσκονται στην χώρα μας τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα και επικοινωνούν τώρα με την Υπηρεσία επιδεικνύει και την σοβαρότητα δυσκολίας ένταξης ενώ το 25% λιγότερο από 1 χρόνο. Το 81% των αλλοδαπών δηλώνουν πως διαμένουν σε κάποια οικία συνήθως μαζί με ομοεθνείς τους ενώ το 85% δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στις χώρες καταγωγής τους.

Ως *κυρίαρχες ψυχικές διαταραχές* καταγράφονται οι αγχώδεις, οι ψυχώσεις, το μετατραυματικό στρες και οι συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως η αντιδραστική κατάθλιψη.

Ως *αιτιολογικοί παράγοντες* αναφέρονται ο νομαδικός τρόπος ζωής και η κουλτούρα, η πολυπλοκότητα των ρόλων στα πλαίσια της νομαδικότητας, οι συνθήκες διαβίωσης στις χώρες καταγωγής, το πένθος για συγγενή πρόσωπα και η ματαίωση των ονείρων τους και προσδοκιών τους μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής.

Η *μέση ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής* είναι τα 18 με 25 έτη.

Συνήθως η πλειοψηφία των περιστατικών μετά την επαφή τους με τον Φορέα διευκολύνονται στο να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν τη διαταραχή τους και βελτιώνουν πρακτικά τους ζητήματα όπως στέγαση κ.ά.

(* Τα στατιστικά στοιχεία αφορούν το έτος 2009 και είναι ενδεικτικά της λειτουργίας του Φορέα.)

9.1.3 Διαπολιτισμικό Ιατρείο Αιγινήτειου Νοσοκομείου

Το Διαπολιτισμικό Ιατρείο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, αποτελεί ειδικό ιατρείο της Ψυχιατρικής κλινικής του ίδιου Νοσοκομείου, μολονότι στεγάζεται σε διαφορετικό κτήριο. Αφορά κυρίως σε μετανάστες αλλά και άλλες μειονοτικές ομάδες όπως τους Ρομά. Λειτουργεί από το 2001, μία φορά την εβδομάδα και συγκεκριμένα κάθε Τρίτη, δέχεται περίπου τις 13 με 15 επισκέψεις αλλοδαπών ασθενών, για θεραπεία και ψυχιατρική - ψυχολογική στήριξη. Σε ετήσια βάση δέχεται περίπου στις 600 επισκέψεις, σύμφωνα με τα στοιχεία που μας έδωσε ο ψυχίατρος της Υπηρεσίας.

Οι *κυριότερες δυσκολίες* που ανέφεραν τόσο ο ψυχίατρος της Υπηρεσίας όσο και οι εθελόντριες ψυχολόγοι, αφορούν στην έλλειψη του προσωπικού και κυρίως του κοινωνικού λειτουργού και την μη αναγνώριση του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, ως Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, του δικαιώματος των αιτούντων άσυλο για παροχή δωρεάν φαρμακευτικής αγωγής, πρόβλημα το οποίο λύνεται με την παραπομπή των χρηστών στο νοσοκομείο "Ευαγγελισμός".

Η πλειοψηφία των περιστατικών, επικοινωνεί με τον Φορέα *έπειτα από παραπομπή* τους είτε από τα επείγοντα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και την Ψυχιατρική κλινική είτε από τις υπόλοιπες Υπηρεσίες που ήδη έχουν αναφερθεί (Πρόγραμμα Ιόλαος κ.ά.).

Το *κύριο αίτημά τους* αφορά στην θεραπεία της συμπτωματολογίας τους, παρακολουθούνται από το Ιατρείο για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται, συνήθως αυτό αφορά στο ένα έτος περίπου, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς *δεν φέρουν την διάγνωση* από την χώρα καταγωγής τους.

Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του ίδιου Φορέα που αφορούν στη χρονική περίοδο από το 2000 μέχρι το 2004, τέθηκαν οι παρακάτω διαγνώσεις: *Πίνακας 9*.



Ειδικά για τα άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη, καταγράφηκε μία άμεση σχέση αυτής της διαταραχής με την ανεργία αλλά και την έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος (οικογένεια, φίλοι). Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε ότι η δεύτερη γενιά μεταναστών αντιμετωπίζει σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα από την πρώτη, εξαιτίας των έντονων εσωτερικών συγκρούσεων που βιώνουν ήδη από την παιδική ηλικία, μεταξύ του πολιτισμικού μοντέλου που βιώνουν στο σχολείο και των διαφορετικών αξιών στις οποίες εκπαιδεύονται στο σπίτι τους. Επιπλέον, το άγχος είναι μεγαλύτερο μεταξύ όσων αποπειρώνται να ενταχθούν στη νέα κοινωνία όπου διαβιώνουν, καθώς και οι Έλληνες που “απέτυχαν” στο εξωτερικό και αναγκάστηκαν να επιστρέψουν γρήγορα στην Ελλάδα, εμφανίζουν μεγάλο ποσοστό άγχους και δυσθυμίας. [Διαπολιτισμικό Ιατρείο Αιγινήτειου Νοσοκομείου, 2007]

Το προφίλ των χρηστών.

Οι αλλοδαποί που απευθύνονται στο Ιατρείο είναι κυρίως γυναίκες, ηλικίας 25-30 ετών, άγαμες, με 12ετή εκπαίδευση και χριστιανές στο θρήσκευμα. Οι περισσότεροι χρήστες εργάζονται, ενώ προέρχονται κυρίως από Βαλκανικές χώρες και κυρίως την Αλβανία, από Ασιατικές και κυρίως από το Πακιστάν και Αφρικανικές, με κυρίαρχη τη Νιγηρία. Το χρονικό διάστημα παραμονής τους στην χώρα μας, ποικίλει ενώ όσοι χρήστες και κυρίως γυναίκες κατάγονται από τα Βαλκάνια, μεταναστεύουν κυρίως για οικονομικούς σαφώς λόγους αλλά και για προσωπικούς, όπως ένα διαζύγιο, η βία και η δίωξη από τους συζύγους.

Η μέση ηλικία εκδήλωσης της συμπτωματολογίας της εκάστοτε διαταραχής αποτελούν τα 25 έτη.

Σύμφωνα με το προσωπικό της Υπηρεσίας, τόσο η μετανάστευση αλλά κυρίως η προσφυγικότητα, συμβάλλουν στην ανάπτυξη και στην εκδήλωση μίας ψυχιατρικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα για τη μετανάστευση, ο ψυχίατρος τονίζει πως καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το τι προηγείται και το τι έπεται της πράξης και της εμπειρίας αυτής ενώ ως συμπληρωματικούς πιο συχνούς αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της διαταραχής, επιπρόσθετα τονίζει την ανεργία και τις δυσκολίες που αυτή συνεπάγεται και το αίσθημα ανασφάλειας των ασθενών από τη νομική κατάσταση στην Ελλάδα για το μεταναστευτικό ζήτημα.

Τέλος, οι ερωτώμενοι διαβεβαίωσαν την *θετική έκβαση της κατάστασης*, σε περιστατικά με μόνιμη παρακολούθηση και τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την ύφεση τόσο των υποτροπών όσο και της συμπτωματολογίας σε συχνότητα και ένταση.

9.2 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

Τόσο το πιλοτικό Πρόγραμμα Ιόλαος, όσο και το BABEL και οι Γιατροί του Κόσμου, αποτελούν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις απ' τις οποίες, οι δύο πρώτες χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Ιόλαος ασχολείται αποκλειστικά με πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στη χώρα, οι ΓτΚ και με μετανάστες και με πρόσφυγες ενώ το BABEL και το Διαπολιτισμικό Ιατρείο κυρίως με μετανάστες. Το Ιόλαος στηρίζεται σε τρεις άξονες - Υπηρεσίες, το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Περίθαλψης, το Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ημιαυτόνομης Διαβίωσης και τον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, το BABEL λειτουργεί ως Κέντρο Ημέρας ενώ διαθέτει και αυτό δύο αυτόνομα διαμερίσματα, ξενώνα διαθέτουν και οι Γιατροί του Κόσμου ενώ το Διαπολιτισμικό του Αιγινήτειου λειτουργεί μόνο ως ιατρείο.

Το πρόγραμμα Ιόλαος λειτουργεί 9 έτη, το πρόγραμμα Βαβέλ το Νοέμβριο του 2010 συμπληρώνει τα 3 έτη λειτουργίας, ο Ξενώνας των Γιατρών του Κόσμου λειτουργεί και αυτός 9 έτη και το Διαπολιτισμικό Ιατρείο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου λειτουργεί επίσης 9 έτη.

Στον ξενώνα του Ιόλαου, παραπέμπονται 22 νέα περιστατικά τον χρόνο, στο BABEL απευθύνθηκαν 331 περιστατικά σε διάστημα ενός έτους ενώ 63 μόνο περιστατικά χαρακτηρίστηκαν ενεργά αφού προσέρχονταν στις συναντήσεις, 6 μήνες μετά την πρώτη συνάντηση με τους επαγγελματίες. Στην Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία του Πολυιατρείου των Γιατρών του Κόσμου, απευθύνονται κατά μέσο όρο 150 νέα περιστατικά, το χρόνο ενώ ο ψυχίατρος του Διαπολιτισμικού Ιατρείου αναφέρει μεικτές τις επισκέψεις νέων και παλιών περιστατικών στις 600 περίπου το χρόνο.

Από το σύνολο αυτών των περιστατικών, οι ερωτώμενοι του Ιόλαου, του BABEL και του Διαπολιτισμικού Ιατρείου, συμφωνούν πως τα περισσότερα, παραπέμπονται από άλλες Υπηρεσίες ενώ οι ερωτώμενοι απ' τους Γιατρούς του Κόσμου υποστηρίζουν πως η συντριπτική τους πλειοψηφία, (41%) προσέρχεται στην Υπηρεσία τους έπειτα από δική τους πρωτοβουλία.

Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης ενός μέσου περιστατικού απ' τον Ιόλαο είναι οι 3 με 4 μήνες σε συστηματική βάση και περίπου 2 χρόνια στο σύνολο, 1 χρόνο για το BABEΛ και το Διαπολιτισμικό Ιατρείο, οι 8 επισκέψεις στην Κοινωνική Υπηρεσία των Γιατρών του Κόσμου και οι 12 με δυνατότητα επέκτασης στις 24 επισκέψεις στο Τμήμα Ψυχολόγων του ίδιου Φορέα.

Η πλειοψηφία των χρηστών που παραπέμπεται στον Ιόλαο είναι άντρες, μεταξύ των 20 και 30 χρόνων, περίπου το 70 % άγαμοι, με βασική εκπαίδευση. Το BABEΛ επισκέφθηκαν πιο πολλές γυναίκες, η πλειοψηφία του συνόλου των περιστατικών είχε άδεια διαμονής και εργασίας, οι μισοί από αυτούς δεν είχαν εργασία ενώ οι άλλοι μισοί μοιράζονταν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης, με την πρώτη μορφή εργασίας να υπερτερεί αλλά όχι σημαντικά. 100 άτομα ήταν σε θέση να επικοινωνήσουν καλά στην ελληνική γλώσσα, 31 μπορούσαν απλώς να συνεννοηθούν, ενώ 97 καταλάβαιναν ελάχιστα ή καθόλου. Όσον αφορά στους χρήστες των Γιατρών του Κόσμου, οι μισοί από αυτούς ήταν άνδρες και οι άλλοι μισοί γυναίκες, με μέση ηλικία τα 25 – 50 έτη, 57 % έγγαμοι με τις οικογένειές τους να βρίσκονται και αυτές στη χώρα μας, το 49 % έχει ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ποσοστό 16 % τριτοβάθμια. Το 80 % δεν εργάζεται, 85 % δεν επιθυμεί να επιστρέψει στη χώρα καταγωγής τους ενώ το 81 % δηλώνουν πως διατηρούν σταθερή οικία στη χώρα μας, τις περισσότερες φορές με ομοεθνείς τους. Τέλος, οι χρήστες του Διαπολιτισμικού Ιατρείου είναι κυρίως εργαζόμενες γυναίκες, ηλικίας 25-30 ετών, άγαμες, με 12ετή εκπαίδευση και χριστιανές στο θρήσκευμα.

Το χρονικό διάστημα παραμονής τους στη χώρα μας ποικίλλει, με τους πρόσφυγες να φαίνεται πως διαβιούν λιγότερο σε σχέση με τους μετανάστες. Η κοινωνική λειτουργός των Γιατρών του Κόσμου ανέφερε συγκεκριμένα για τους χρήστες της εν λόγω Υπηρεσίας, ποσοστό 43% να διαβεί παραπάνω από 4 χρόνια και 25% λιγότερο από 1 χρόνο.

Στους τέσσερις αυτούς Φορείς, όπου έλαβε χώρα και η έρευνά μας, απαντάμε συνηθέστερα, άτομα από χώρες της Αφρικανικής Ηπείρου, της Μέσης Ανατολής και της Ασίας και την Αλβανία.

Τα κίνητρά τους για την πράξη τους, αποτελούν κυρίως για τους πρόσφυγες, η δίωξη, η σωτηρία και το αίσθημα της αυτοπροστασίας ενώ για τους μετανάστες, η εύρεση εργασίας και οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης.

Οι χρήστες αναφέρθηκε πως εκφράζουν ως κύρια αιτήματά τους απ' τις Υπηρεσίες που επισκέπτονται, κυρίως την ψυχολογική τους υποστήριξη και δευτερευόντως της ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, την εύρεση κατοικίας και εργασίας.

Οι κυρίαρχες ψυχικές διαταραχές που αναφέρθηκαν ήταν η διαταραχή της διάθεσης, οι νευρωσικές διαταραχές συνδεδεμένες με το stress και οι σωματόμορφες διαταραχές, η σχιζοφρένεια και η σχιζότυπη διαταραχή ενώ η πλειοψηφία των χρηστών δεν φέρει την διάγνωση της διαταραχής απ' την χώρα καταγωγής τους, ενώ κάποιοι αναφέρουν πως έχουν νοσηλευτεί ή λάμβαναν την ίδια φαρμακευτική αγωγή και πριν μεταβούν στην χώρα μας.

Ως μέση ηλικία για την εκδήλωση της διαταραχής, οι ερωτώμενοι ορίζουν συνήθως την ηλικιακή περίοδο 18 – 30 και ως αιτιολογικούς παράγοντες ανάπτυξης της διαταραχής αναφέρουν, κυρίως ανάλογα της φύσης της διαταραχής, τόσο τον κληρονομικό – βιολογικό παράγοντα όσο σαφώς και την επίδραση του ψυχολογικού και κοινωνικο – πολιτισμικού.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφώνησε πως η έκβαση των περιστατικών είναι τις περισσότερες φορές καλή, με τακτοποίηση των πρακτικών θεμάτων τους, όπως στέγαση και εργασία, αναγνώριση και συνειδητοποίηση της κατάστασής τους και της φύσης της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής, την τακτική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τη μείωση των υποτροπών.

Σχετικές έρευνες που ανευρίσκονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία, συνηγορούν με την άποψη των συνεντευξιαζόμενων περί της θετικής έκβασης των ψυχικών διαταραχών των προσφύγων και των μεταναστών μετά της φροντίδα τους στην χώρα υποδοχής.

Σε μελέτη παρακολούθησης, με διάρκεια 10 ετών στον Καναδά, διαπιστώθηκε ότι οι πρόσφυγες από τη νοτιοανατολική Ασία εμφάνισαν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου, σε βαθμό ώστε να εμφανίζουν χαμηλότερο επιπολασμό ψυχικών νόσων απ' ότι οι γηγενείς Καναδοί. Σε παλαιότερη μελέτη, αναφέρεται μακροπρόθεσμη βελτίωση των περισσότερων δεικτών ψυχικής διαταραχής σε πρόσφυγες από την Ασία, 10 χρόνια μετά την εγκατάστασή τους στις ΗΠΑ. Από αναδρομικές μελέτες, παρά τους ενδεχόμενους περιορισμούς, προκύπτουν στοιχεία που υποστηρίζουν αυτά τα ευρήματα. Σε πρόσφατη μελέτη 1161 προσφύγων από το Βιετνάμ, που ζούσαν στην Αυστραλία κατά μέσο όρο επί 11 χρόνια, διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν πολύ μικρότερη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών σε σύγκριση με την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού της Αυστραλίας. [Silove, D. Ekblad, S. 2003]

Όσον αφορά στο σημαντικό ερώτημα της έρευνάς μας για την συμβολή της μετανάστευσης και προσφυγικότητας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, το σύνολο των ερωτηθέντων και των τριών αναφερόμενων ειδικοτήτων, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, των τεσσάρων Φορέων, συμφωνούν απόλυτα σε μία και μόνο άποψη. Η άποψη αυτή συνηγορεί αρχικά στην αναγνώριση των δύο καταστάσεων, τόσο της μετανάστευσης όσο και της προσφυγικότητας, ως αγχογόνες καταστάσεις, που αναμφίβολα συγκαταλέγονται στα σημαντικά γεγονότα διαφοροποίησης ζωής ενός ατόμου, λαμβάνουν χώρα συνήθως κάτω από στρεσογόνες και απρόβλεπτες συνθήκες και μπορούν να επηρεάσουν αναμφισβήτητα την ψυχική υγεία του ατόμου.

Ειδικότερα για την μετανάστευση, είτε εθελούσια είτε έμμεσα αναγκαστική και υποχρεωτική, οι συνθήκες κάτω απ' τις οποίες το άτομο αλλάζει χώρα διαμονής είναι πολύ καλύτερες συνήθως και πιο ήπιες συγκριτικά με την προσφυγικότητα. Στην περίπτωση όμως της προσφυγικότητας, το αίσθημα βίαιης απώλειας τόπου και προσφιλών προσώπων, το τραύμα, η δίωξη, η εκμετάλλευση, το ταξίδι και πιθανώς τα βασανιστήρια αλλά και η ματαίωση ονείρων που βιώνουν τα άτομα κατά την άφιξη στην χώρα υποδοχής, μπορούν να επιβαρύνουν πιο άμεσα την ψυχική υγεία του ατόμου είτε και να πυροδοτήσουν μια προϋπάρχουσα δυσμενή κατάσταση.

Συνεπώς, σύμφωνα με την έρευνά μας, η μετανάστευση αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα μιας προϋπάρχουσας συνήθως διαταραχής είτε για την παράτασή της χρονικά και την δυσκολία της βελτίωσής της και την επιμονή ή και την επιβάρυνση της συμπτωματολογίας της ενώ η προσφυγικότητα και οι βίαιες και απάνθρωπες συνθήκες κάτω απ' τις οποίες τις περισσότερες φορές λαμβάνει χώρα, μπορεί να αποτελέσει ουσιαστικά τον κύριο πυροδοτικό παράγοντα ανάπτυξης μίας ψυχικής διαταραχής, στις περισσότερες περιπτώσεις, μία μορφή κατάθλιψης, συνήθως αντιδραστικής, μία αγχώδης διαταραχή ή ένα μετατραυματικό στρές.

Σε περιπτώσεις προϋπάρχουσας ψύχωσης, αυτές τείνουν να επιδεινώνονται είτε με την βίωση της ίδιας της εμπειρίας είτε με την αντιμετωπιζόμενη κατάσταση στη χώρα υποδοχής.

10. Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι τέσσερις ερευνούμενοι Φορείς για την ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων δέχονται σε ετήσια βάση, μεγάλο αριθμό περιστατικών και προσφέρουν σημαντικό έργο στην αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών, παρά τις έντονες ελλείψεις τους σε αρκετούς τομείς λειτουργίας και κυρίως αυτού της κάλυψης προσωπικού ιδίως στην περίπτωση των Φορέων, Ψυχοκοινωνική Υπηρεσία Πολυϊατρείου Γιατρών του Κόσμου, που λειτουργεί με μία έμμισθη επαγγελματία κοινωνική λειτουργό και 7 εθελοντές ψυχολόγους και το Διαπολιτισμικό Ιατρείο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου με έναν επαγγελματία ψυχίατρο και δύο εθελόντριες ψυχολόγους.

Οι συνεντευξιαζόμενοι, αναφέρουν πολλά κενά στη σχετική Νομοθεσία και ουσιαστικά, την ανυπαρξία τόσο ενιαίας και κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής για την ψυχική υγεία των αλλοδαπών ατόμων όσο και την ανυπαρξία κονδυλίων για την υλοποίηση στόχων και προγραμμάτων και την ουσιαστική στήριξη των ατόμων σε βασικά θέματα στέγασης, σίτισης και εργασίας, που για άλλες κοινωνικές ομάδες αποτελούν καθημερινά κεκτημένα.

Οι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν έντονα και τον προβληματισμό τους για την δική τους μισθοδοσία, κατάσταση που τους προκαλεί ματαίωση και επιπρόσθετο παράγοντα στο ήδη βιώσιμο "burn out" τους.

Η διαφορετική ομιλούμενη γλώσσα των επαγγελματιών με τους χρήστες των Υπηρεσιών συνεπάγεται σαφή προβλήματα επικοινωνίας, ενώ οι ίδιοι οι επαγγελματίες κάνουν πολλές φορές λόγο για την προκατάληψη της κοινωνίας προς τους αλλοδαπούς που εκδηλώνεται πολλές φορές και μέσω της στάσης υπαλλήλων άλλων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων που αγνοούν τα νομικά δικαιώματα των αλλοδαπών. Ως σημαντική δυσκολία αναφέρεται επίσης, η "ασυνέχεια" στην φροντίδα των εξυπηρετούμενων και η έλλειψη ενδιάμεσων δομών περίθαλψης με αποτέλεσμα την παροχή αποσπασματικής και αρκετές φορές αναποτελεσματικής φροντίδας.

Τα ερευνητικά αυτά ευρήματα συνηγορούν στην υιοθέτηση της άποψης ότι οι κάθε άλλο ευνοϊκές συνθήκες προσαρμογής των μεταναστών και προσφύγων στη χώρα υποδοχής λειτουργούν είτε ως αιτιολογικοί παράγοντες εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας, είτε ως πυροδοτικοί μηχανισμοί μιας προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής που αναμένει να εκδηλωθεί. Η πολιτισμική αλλαγή στην οποία υπόκεινται τα άτομα αυτά κάτω από την επίδραση της διαφορετικής κουλτούρας της χώρας υποδοχής, σε τομείς όπως η επικοινωνία, η εργασία, ο τρόπος ζωής, η γλώσσα, η ματαίωση των ονείρων και των προσδοκιών τους που συνήθως βιώνουν, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξενοφοβία και ο ρατσισμός που ενδεχόμενα τους ασκείται, τα οδηγούν σε κοινωνική απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας τους. Οι μετανάστες νιώθουν αδύναμοι και ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, δεν διατηρούν το δικαίωμα να εκφράσουν τη θλίψη τους για την πραγματικότητα που καθημερινά βιώνουν, αρκετές φορές νιώθουν ακόμη και ντροπή για το ότι δεν μπόρεσαν να παραμείνουν στη χώρα τους.

Οι τραυματικές εμπειρίες της μετανάστευσης και της προσφυγικότητας, σαφώς δεν είναι ίδιας έντασης για όλους. Το πολιτισμικό υπόβαθρο των αλλοδαπών σε κάθε περίπτωση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το πώς ερμηνεύουν, αντιδρούν και αντεπεξέρχονται τόσο στην εμπειρία όσο και στην ψυχική τους πάθηση. Πιο συγκεκριμένα, είναι πιθανό να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα εκφράζουν την ψυχική ένταση που αισθάνονται, το πώς εξηγούν τα αίτια των προβλημάτων ψυχικής υγείας, πώς αντιλαμβάνονται το ρόλο των επαγγελματιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το πώς χρησιμοποιούν και ανταποκρίνονται οι ίδιοι στην αγωγή για τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

11. Προτάσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γραφείο Ευρώπης), λαμβάνοντας υπόψη αρχικά τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που συνεπάγονται οι διαφορετικοί πληθυσμοί και τον ιδιαίτερο χαρακτήρα αντιμετώπισης του ευαίσθητου τομέα της ψυχικής υγείας αλλά και την κατάσταση των συναφών δομών για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες στις χώρες υποδοχής, προέβη, για την ικανοποίηση των αναγκών ψυχικής υγείας των αλλοδαπών ατόμων, στις ακόλουθες συστάσεις προς τα κράτη μέλη: [WHO, September 2007]

- **Οι μετανάστες δικαιούνται πλήρες φάσμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως απάντηση στις ανάγκες τους**
- **Οι μετανάστες δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας** (που σημαίνει πραγματική πρόσβαση, όχι απλές νομοθετικές ρυθμίσεις που θα αναφέρονται στο δικαίωμα αυτό. Πραγματική πρόσβαση σημαίνει ανάγνωση αναγκών και απάντηση σε αυτές, σημαίνει διευκόλυνση της πρόσβασης (π.χ., υπηρεσίες διαμεσολάβησης και διερμηνείας), κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό
- **Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και κατάλληλες για τις ανάγκες των μεταναστών** (Απαρτίωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς είναι δύσκολο να γίνει διάκριση, ιδιαίτερα στην περίπτωση των μεταναστών, ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες. Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών συναρτάται από την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν τη διαπλοκή μεταξύ διαφόρων παραγόντων και να λειτουργούν κατά τρόπο ώστε να τη βελτιώνουν στα διάφορα επίπεδα (πχ, τροφή και στέγη πριν από ή ταυτόχρονα με την έναρξη μιας κλινικής παρέμβασης).
- **Αναγνωρίζεται η ανάγκη για σφαιρικές προσεγγίσεις** (που περιλαμβάνουν την προαγωγή ψυχικής υγείας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την αγωγή, τις υπηρεσίες για την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη)
- **Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι ευαίσθητες και να ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών** (η πολιτισμική ευαισθησία συνεπάγεται την αναγνώριση της δυναμικής φύσης των πολιτισμών, την επίγνωση της πολιτισμικής ετερογένειας και την ανάπτυξη νέων πολιτισμικών μορφών με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της ενεργητικής συμμετοχής της κάθε ξεχωριστής κουλτούρας των μεταναστών και της αποτροπής των στερεοτύπων)

- Προκειμένου να είναι σε θέση να συναντούν τις ανάγκες των μεταναστών είναι ουσιαστικής σημασίας οι υπηρεσίες να λειτουργούν συνεργατικά
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των μεταναστών στον ορισμό των αναγκών τους
- Πρέπει να αναπτυχθούν δίκτυα γνώσης και κατάρτισης για την ταυτοποίηση και τη διάχυση των καλών πρακτικών

Στη χώρα μας, για την εφαρμογή αυτών των συστάσεων, απαιτείται να αντιμετωπιστούν προβλήματα όπως η επικοινωνία με τους χρήστες, η εκπαίδευση του προσωπικού στην διαπολιτισμική ψυχιατρική, η διατομεακή συνεργασία κ.ά.

Όπως προκύπτει πιο συγκεκριμένα, απ' τα αποτελέσματα της έρευνας στα ερωτήματα για τις κυριότερες αντιμετωπιζόμενες δυσκολίες των επαγγελματιών, τα σημεία προς βελτίωση τόσο της υπάρχουσας νομοθεσίας όσο και στο εκάστοτε πλαίσιο εργασίας προτείνονται συγκεκριμένα:

- Η αναγνώριση και κατοχύρωση βασικών εννοιών και δικαιωμάτων των μεταναστών και προσφύγων, όπως η προστασία της ανθρώπινης αξίας, της προσωπικής ελευθερίας, η εξασφάλιση βιοτικών αναγκών όπως η σίτιση και η στέγαση και το δικαίωμα στην εργασία και στην ασφάλιση.
- Η υιοθέτηση Ενιαίας Ευρωπαϊκής πολιτικής διαχείρισης και επιδοματικής πολιτικής για την μετανάστευση, την προσφυγικότητα και τον τομέα ψυχικής υγείας.
- Η σωστή διαχείριση της μεταναστευτικής ροής με ελεγχόμενη και ουσιαστική ένταξη των μεταναστών και προσφύγων στην ελληνική κοινωνία, την ενθάρρυνση της νόμιμης μετανάστευσης για την άντληση του απαραίτητου εργατικού δυναμικού, την πάταξη της λαθρομετανάστευσης και την επαναπροώθηση των παράνομων μεταναστών στις χώρες καταγωγής μέσω προγραμμάτων εθελούσιου επαναπατρισμού, υπό την απαραίτητη προϋπόθεση της εξασφάλισης της ασφάλειάς τους και του σεβασμού στο δικαίωμα του ασύλου.
- Αύξηση και εξασφάλιση των κονδυλίων για τη λειτουργία των αναγκαίων υποδομών και την πληρωμή του προσωπικού των Υπηρεσιών.
- Συντόμευση της διαδικασίας αναγνώρισης ασύλου και δυνατότητα προσφυγής δεύτερου βαθμού.
- Εκπαίδευση του προσωπικού στην διαπολιτισμική ψυχιατρική, τη διατομεακή συνεργασία στους τομείς δικαιοσύνη, απασχόληση, εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού των σχετιζόμενων Φορέων για τα νομικά δικαιώματα των αλλοδαπών στη χώρα μας.
- Διενέργεια προγραμμάτων και εκδηλώσεων εκπαίδευσης της κοινότητας.
- Κατοχύρωση, πρόσληψη και αξιοποίηση εξειδικευμένων πολιτισμικών διαμεσολαβητών και διερμηνέων.

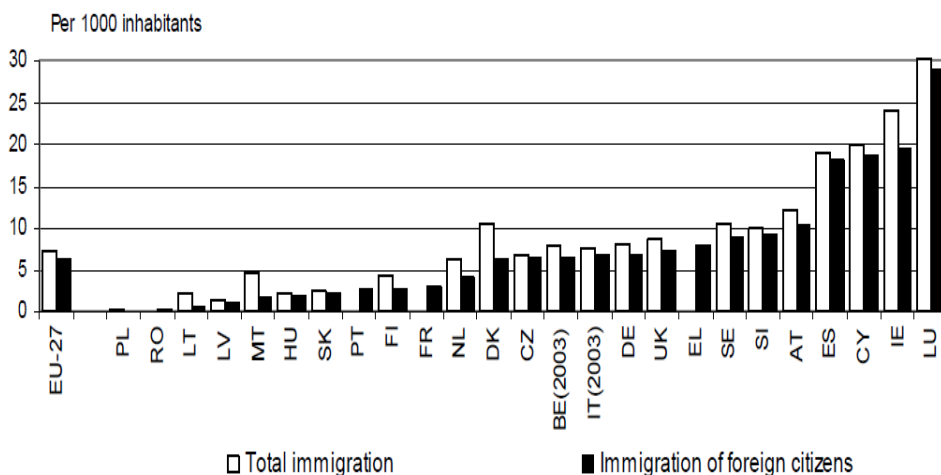
Δυστυχώς, τίποτε δεν δείχνει ότι έχει καν δρομολογηθεί για την ικανοποίηση αυτών των προτάσεων που ουσιαστικά αποτελούν καίριες απαιτήσεις. Η παροχή αποτελεσματικών και ανθρώπινων συνθηκών επανεγκατάστασης, η έγκαιρη διευκρίνιση των αναγκών των αλλοδαπών, η επιβοήθηση της επανένωσης οικογενειών, η αντιμετώπιση των τάσεων ρατσισμού και ξενοφοβίας της κοινότητας, η προσφορά ευκαιριών για εργασία και εκπαίδευση και ο προγραμματισμός συγκεκριμένων παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχικής

υγείας θα εξασφαλίσουν τη δυνατότητα των περισσότερων μεταναστών και προσφύγων να σταθεροποιήσουν και να βελτιώσουν την κατάσταση ψυχικής τους υγείας και να ανακτήσουν την αυτάρκεια και την παραγωγικότητά τους, εκβάσεις που θα βοηθήσουν τους ίδιους τους αλλοδαπούς αλλά και τη χώρα μας ως χώρα υποδοχής τους.

Πίνακες

Πίνακας 10.

Immigration per 1000 inhabitants, EU-27 (1), 2006



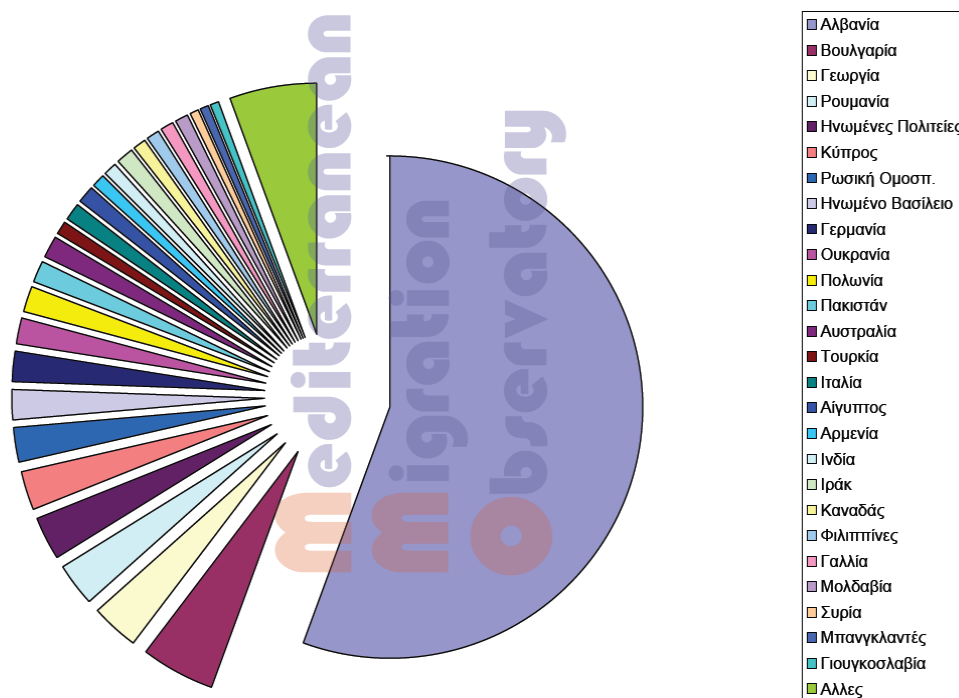
Source: Eurostat, Migration Statistics

Γλωσσάρι:

Πολωνία (PL), Ρουμανία (RO), Λιθουανία (LT), Λετονία (LV), Μάλτα (MT), Ουγγαρία (HU), Σλοβακία (SK), Πορτογαλία (PT), Φινλανδία (FI), Γαλλία (FR), Ολλανδία (NL), Δανία (DK), Τσεχία (CZ), Βέλγιο (BE), Ιταλία (IT), Γερμανία (DE), Ηνωμένο Βασίλειο (UK), Ελλάδα (EL), Σουηδία (SE), Σλοβενία (SI), Αυστρία (AT), Ισπανία (ES), Κύπρος (CY), Ιρλανδία (IE), Λουξεμβούργο (LU)

Πίνακας 11.

Μετανάστες στην Ελλάδα κατά υπηκοότητα σε ποσοστά και απόλυτους αριθμούς. Απογραφή ΕΣΥΕ 2001



Ο πίνακας 11 περιγράφει την κατανομή των αλλοδαπών ανά εθνικότητα στη χώρα μας, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ το 2001, με τους Αλβανούς να αποτελούν το 56% του συνόλου των μεταναστών. Ακολουθούν οι Βούλγαροι (5%), οι Γεωργιανοί (3%) και οι Ρουμάνοι (3%). Οι Αμερικανοί, Κύπριοι, Βρετανοί, και Γερμανοί παρουσιάζονται ως σημαντικές κοινότητες και η καθεμία αποτελεί περίπου το 2% του συνόλου του αλλοδαπού πληθυσμού. Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε., η οποία φιλοξενεί μια εθνικότητα μεταναστών που ξεπερνά το 50% του συνόλου των αλλοδαπών που βρίσκονται στο εσωτερικό της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΜΟΝΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ζαϊμάκης, Γ. 2002 *Κοινωνική εργασία και τοπικές κοινωνίες / ανάπτυξη, συλλογική δράση, πολυπολιτισμικότητα*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. 2002 *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτη, Αθήνα

Παπαγεωργίου, Ε.Γ. 2004 *Ψυχιατρική*, Παρισιάνου, Αθήνα

Σταθόπουλος, Π. 1999 *Κοινωνική πρόνοια*, Έλλην, Αθήνα.

ΑΡΘΡΑ

Θεοδωράκης, Π. και Χρυσανθοπούλου, Κ. (2008) Ψυχική Υγεία σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο: η επίδραση της κουλτούρας και της διαφορετικότητας.

Παπαϊωάννου – Λέζα, Α. (2009) Η μετανάστευση: ζήτημα αιχμής και ευθύνης. *Οδοιπορικό*, τεύχος 46

Σαραντίδης, Δ. (2008) Μετανάστευση και ψυχική υγεία. *Διασχίζοντας σύνορα: Διαιώνιση ή φροντίδα του τραύματος*. ΣΥΝΕΙΡΜΟΣ & ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΒΑΒΕΛ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Ελληνική Στατιστική Αρχή, (ΑΛ.ΣΤΑΤ.) <http://www.statistics.gr>

Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες <http://www.gcr.gr/node/23>

Η κατάθλιψη χτυπάει τους μετανάστες (2010) [Internet], Εφημερίδα Καθημερινή. Διαθέσιμο από: < http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_10/10/2007_244574 > [Πρόσβαση 20 Μαΐου, 2010].

ΜΚΟ Κοινωνικής Αλληλεγγύης <http://www.syn-eirmos.gr/>

ΜΚΟ Γιατροί του Κόσμου – Medecins du Monde <http://www.mdmgreece.gr/>

Μπουφίδης, Σ. *Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες* [Internet], Διαθέσιμο από: < http://www.msf.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=42 > [Πρόσβαση 10 Μαρτίου, 2010].

Σαργέντης, Ι. *Μετανάστευση και ψυχική υγεία*. [Internet], Διαθέσιμο από: < <http://www.comet.cti.gr/equal/images/foroum14/eisigiseis/metanastefsi.doc> > [Πρόσβαση 15 Μαΐου, 2010].

European Commission – Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Herm, A. (2008) *Recent migration trends: citizens of EU – 27 Member States become ever more mobile while EU remains attractive to non – EU citizens*. [Internet], European Commission – Eurostat. Διαθέσιμο από: < <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu> > [Πρόσβαση 25 Ιανουαρίου, 2010].

Lindert http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4WJC5WH-1&_user=275166&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_auct=C000059642&_version=1&_urlVersion=0&_userid=275166&_md5=dab0f939b5a374c52a7ba23f32360f5a - [cor1mailto:j.lindert@efh-ludwigsburg.de](mailto:j.lindert@efh-ludwigsburg.de), J. Ondine S. von Ehrenstein, Priebe, S. Mielck, A. and Brähler, E. (2009) *Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta - analysis* [Internet], PubMed. Social Science and Medicine Διαθέσιμο από: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539414> > [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου, 2010].

Lindert <mailto:mail@jlindert.de>, J. Schouler-Ocak, M. Heinz, A. and Priebe, S. (2008) *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe* [Internet], PubMed. Διαθέσιμο από: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18371575> > [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου, 2010].

Silove, D. Ekblad, S. (2003) *Πόσο καλά προσαρμόζονται οι πρόσφυγες μετά την εγκατάστασή τους σε δυτικές χώρες;* [Internet], ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ "ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ 2003" Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων. Διαθέσιμο από: < <http://www.inpsy.gr/Articles/Adaptation%20of%20refuges.htm> > [Πρόσβαση 15 Μαΐου, 2010].

Stillman, S. McKenzie, D. and Gibson, J. (2009) *Migration and mental health: Evidence from a natural experiment* [Internet], PubMed. Journal of Health Economics. Διαθέσιμο από: < <http://ideas.repec.org/p/wai/econwp/06-04.html> > [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου, 2010].

Workshop on *mental health on migration and health in the EU*, held by the European Union (27-28 SEPTEMBER 2007) [Internet], Gulbenkian Foundation, Lisbon. ΠΟΥ (Γραφείο Ευρώπης). Διαθέσιμο από: < http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20071004_3 > [Πρόσβαση 10 Φεβρουαρίου, 2010].

