

## **Η ψυχοπαθολογία των παιδιών των οικονομικών μεταναστών και η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Β. Ρότσικα, Μ. Βλασσοπούλου, Ε. Πεχλιβανίδου, Λ. Λεγάκη, Ε. Ρογκάκου, Β. Καλτσή, Ε. Λαζαράτου

Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα - Καισαριανής, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την ψυχοπαθολογία των παιδιών των οικονομικών μεταναστών και τη χρήση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτσι, όπως αυτά προκύπτουν από τη σχέση τους με την Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα -Καισαριανής. Για το σκοπό αυτόν, θέσαμε για διερεύνηση τις παρακάτω υποθέσεις: (α) Τα παιδιά των οικονομικών μεταναστών παρουσιάζουν περισσότερη ψυχοπαθολογία. (β) Τα παιδιά των οικονομικών μεταναστών λαμβάνουν περισσότερες διαγνώσεις ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας. (γ) Οι οικογένειες των μεταναστών παρουσιάζουν περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (δ) Οι μετανάστες κάνουν λιγότερη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διακόπτουν πρόωρα τη συνεργασία. Από το σύνολο των 1338 νέων περιστατικών που προσήλθαν στην Υπηρεσία κατά το διάστημα από 1 Ι1 Ι1997 έως 1 /1 /2000, 35 είχαν τουλάχιστον έναν γονέα οικονομικό μετανάστη και απετέλεσαν την πειραματική ομάδα. Η ομάδα ελέγχου σχηματίστηκε από διπλάσιο αριθμό παιδιών που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στην Ελλάδα και είχαν και τους δύο γονείς Έλληνες. Οι δύο ομάδες εξομοιώθηκαν ως προς τη χρονική περίοδο προσέλευσης, το φύλο και την ηλικία. Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους φακέλους που τηρούνται στο αρχείο της Υπηρεσίας και αφορούσαν τη χώρα καταγωγής των γονέων, τον τόπο γέννησης του παιδιού, με ποιον ζει το παιδί, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα των γονέων, την κοινωνική ασφάλιση, την κατοικία, την ψυχιατρική παθολογία των γονέων, το είδος της παραπομπής, τον διαγνωστικό κύκλο, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, τον αριθμό επισκέψεων και την έκβαση. Η αξιολόγηση της χρήσης των υπηρεσιών έγινε κατά το εξάμηνο μετά την πρώτη επίσκεψη. Η ψυχιατρική διάγνωση τέθηκε από δύο ανεξάρτητους παιδοψυχιατρους, σύμφωνα με τις οδηγίες του ICD-10. Η Ψυχοκοινωνική κατάσταση τέθηκε σύμφωνα με τον άξονα Ζ του ICD-10. Παρατηρήθηκε σημαντική υπεροχή των μεταναστών από τα Βαλκάνια (72). Η υπεροχή των αγοριών προς τα κορίτσια είναι 2/7. Η συντριπτική πλειονότητα των παιδιών μεγαλώνει και με τους δυο γονείς και στις δύο ομάδες. Σημαντικός αριθμός παιδιών των οικονομικών μεταναστών (37% έχει γεννηθεί στην Ελλάδα). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην οικογενειακή κατάσταση και το ψυχιατρικό ιστορικό των γονέων. Αντιθέτως, υπήρξαν στατιστικώς πολύ σημαντικές διαφορές στα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά. Οι οικονομικοί μετανάστες παρουσιάζουν χειρότερη οικονομική κατάσταση, απασχολούνται κυρίως ως ανειδίκευτοι εργάτες, ζουν σε νοικιασμένα σπίτια και είναι σε σημαντικό βαθμό ανασφαλιστοι. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε καμία παράμετρο ως προς τη χρήση των υπηρεσιών, πλην εκείνης της ..συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες=., όπου σημειώνεται στατιστικώς σημαντική υπέροχη της ομάδας των μεταναστών. Η κύρια πηγή παραπομπής και για τις δύο ομάδες είναι το σχολείο. Ολοκλήρωσαν στα ίδια υψηλά ποσοστά τον διαγνωστικό κύκλο, έλαβαν τις ίδιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, είχαν ανάλογο αριθμο επισκέψεων και έκβαση με παραπλήσια χαμηλά ποσοστά πρόωρου τερματισμού. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά, τόσο ως προς τον αριθμό των παιδιων που έλαβαν Ψυχιατρική διάγνωση όσο και ως προς το είδος των διαγνώσεων που τέθηκαν. Δεν διαπιστώθηκε υπέροχη των Ψυχοκοινωνικών διαγνώσεων, τόσο ανάμεσα στις δύο ομάδες και σε καθε μία ξεχωριστά. Αντιθέτως, βρέθηκε σχετική υπεροχή των νευροβιολογικών διαγνώσεων (διαχυτες και ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση). Ως προς τη συννοσηρότητα, βρέθηκε οριακή στατιστική σημαντική υπεροχή της ομάδας των Ελληνοπουλων. Ως προς την Ψυχοκοινωνική κατάσταση, βρέθηκε

στατιστικώς πολύ σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Οι οικονομικοί μετανάστες έλαβαν, σχεδόν στο σύνολο τους, ψυχοκοινωνική διάγνωση έναντι των περίπου μισών Ελλήνων. Ο μεγαλύτερος αριθμός διαγνώσεων των οικονομικών μεταναστών σχετίζεται με προβλήματα με την κατοικία και τις οικονομικές συνθήκες (Z59) και το κοινωνικό περιβάλλον (Z60), ενώ των Ελλήνων είχαν σχέση με προβλήματα ανατροφής (Z62) και οικογενειακών συνθηκών (Z63). Οι υποθέσεις ότι τα παιδιά των οικονομικών μεταναστών θα παρουσίαζαν περισσότερη Ψυχοπαθολογία και δη Ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας δεν επιβεβαιώθηκαν. Αυτό το συμπέρασμα βρίσκεται σε αντίθεση με την υποθεση της μετανάστευσης ως νοσολογικού παράγοντα (migration morbidity hypothesis). Τα αποτελέσματα της χρήσης των υπηρεσιών από τους οικονομικούς μετανάστες δείχνουν ότι τα εμπόδια της γλώσσας και της διαφορετικής κουλτούρας δεν στάθηκαν ικανά να εμποδίσουν την προσφορά υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους, χωρίς διακρίσεις. Η μη ύπαρξη διαφοράς στη συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως έμμεσος δείκτης του βαθμού ικανοποίησης. Συμπεραίνεται ότι η διαφορά κουλτούρας δεν αποτελεί εμπόδιο για την άσκηση του θεραπευτικού έργου, με την προϋπόθεση ότι αίρονται τα κοινωνικο-οικονομικά φράγματα που εμποδίζουν την προσφορά του.

Λέξεις ευρετηρίου: *παιδί, οικογένεια, οικονομικοί μετανάστες. Ψυχοπαθολογία, χρήση υπηρεσιών υγείας.*

## Εισαγωγή

Στο μεγαλύτερο μέρος του εικοστού αιώνα η Ελλάδα υπήρξε χώρα αποστολής μεταναστών, είτε στην Αμερική στις αρχές του αιώνα είτε στη Γερμανία και την Αυστραλία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Μέχρι στα μισά της δεκαετίας του '80 η Ελλάδα παρέμενε μια σχετικά μονοεθνική χώρα, με ενιαία ήθη και έθιμα και με μία επικρατούσα θρησκεία. Οι μικρές μειονότητες των μουσουλμάνων της Θράκης και οι τσιγγάνοι, για διαφορετικούς λόγους, αντιμετωπιζόνταν σαν περιθωριακές ομάδες που δεν συνέπρατταν το ίδιο στο κοινωνικό γίνεσθαι και δεν αλλοίωναν τα πολιτιστικά και γλωσσικά χαρακτηριστικά.

Από το 1985 μέχρι σήμερα, με ολοένα αυξανόμενο ρυθμό, υπάρχει αθρόα εισροή πληθυσμού στη χώρα μας και η Ελλάδα μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Οι λόγοι αυτής της κατάστασης είναι είτε πολιτικοί, είτε κοινωνικοί-οικονομικοί, είτε συναισθηματικοί, είτε συνδυασμός τους. Οι αλλοδαποί που ζουν στην Ελλάδα σήμερα υπολογίζεται ότι ξεπερνούν το 1.500.000. Από αυτούς οι μισοί περίπου είναι νόμιμοι οικονομικοί μετανάστες.<sup>1</sup> Ο ακριβής αριθμός των παιδιών τους δεν είναι γνωστός. Μια ένδειξη του μεγέθους του προκύπτει από τον τριπλασιασμό τους στο σύνολο του μαθητικού πληθυσμού από το 1995 μέχρι σήμερα, φτάνοντας το 10% (120.000/1.200.000).<sup>2</sup> Ο πίνακας 1 δείχνει τη σύνθεση του μαθητικού πληθυσμού στην περιοχή διεξαγωγής της παρούσης έρευνας.

Οι μετανάστες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες ομάδες: (α) πολιτικοί πρόσφυγες, κυρίως Κούρδοι που εγκατέλειψαν την πατρίδα τους για πολιτικούς λόγους, (β) οικονομικοί μετανάστες, κυρίως Αλβανοί που ήλθαν προσδοκώντας καλύτερες συνθήκες εργασίας, και (γ) επαναπατρισθέντες, κυρίως Ελληνοπόντιοι, που επιστρέφουν στη γη των προγόνων τους μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και έχουν διαφορετικές προσδοκίες από τους άλλους.

Η μετανάστευση επηρεάζει τόσο το άτομο όσο και την ομάδα και εξαρτάται από τα προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά των μεταναστών, αλλά και από αυτά της κοινότητας που τους υποδέχεται. Η έλευση του μετανάστη στη χώρα υποδοχής συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης που σχετίζονται με την αρχική διάψευση των προσδοκιών του. Συχνά έχει να αντιμετωπίσει κακές συνθήκες κατοικίας, φτώχεια, ανεργία και κοινωνικές διακρίσεις. Δεν γνωρίζει τη γλώσσα και τις πολιτιστικές συνθήκες της χώρας και δεν έχει τη δυνατότητα να κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και, ακόμα δυσκολότερα, να επισκεφθεί τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η Ελλάδα είναι χώρα με παράδοση από την αρχαιότητα στη φιλοξενία η επίκληση του ξένιου Δία από τους προγόνους μας υπονοούσε την αποδοχή και την ανιδιοτελή προσφορά σε κάθε «ξένο». Παρ'

όλα αυτά, σήμερα υπάρχει η εντύπωση ότι η ελληνική κοινωνία είναι ανέτοιμη να αναγνωρίσει και να αποδεχθεί το «διαφορετικό» που συνδέεται με την έλευση των μεταναστών.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται κυρίως στη μετανάστευση των πολιτικών προσφύγων που εγκαταλείπουν τη χώρα τους εξ αιτίας βίαιων κοινωνικών καταστάσεων (πόλεμοι, διωγμοί κ.λπ.). Γι' αυτό και οι πληθυσμοί που μελετώνται προέρχονται κυρίως από την Ασία και προσφάτως από τις περιοχές της πρώην Γιουγκοσλαβίας.8-15 Επίσης ένας αριθμός ερευνών αναφέρεται στους επαναπαρισθέντες και αφορά κυρίως σε Εβραίους και Έλληνες της διασποράς,1s-21 ενώ υπάρχει και ένας μικρός αριθμός μελετών που διερευνούν την ψυχοπαθολογία και τα προβλήματα επιπολιτισμού των Ελλήνων και των Κυπρίων μεταναστών στο εξωτερικό.22-24 Οι μελέτες που διερευνούν τόσο τα ζητήματα των οικονομικών μεταναστών όσο και των παιδιών τους είναι σχετικά λίγες και στη χώρα μας εξαιρετικά σπάνιες, προερχόμενες κυρίως από τον εκπαιδευτικό χώρο.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών εστιάζεται σε δύο ζητήματα: (α) στην ψυχοπαθολογία που πιθανώς συνδέεται με το φαινόμενο της μετανάστευσης και (β) στις κοινωνικές επιπτώσεις του φαινομένου και στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

A. Η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας συσχετίζεται με την μετανάστευση και τη σημασία του ψυχικού τραύματος και των συνεπειών του.15,25-2~ Οι τραυματικές εμπειρίες μπορεί να έχουν συμβεί στη χώρα προέλευσης των προσφύγων, να συνεχίζονται κατά το χρονικό διάστημα της μετακίνησής τους, αλλά και μετά την εγκατάσταση στη νέα τους πατρίδα. Γεγονότα, όπως ο βασανισμός, η απώλεια συγγενών, η απώλεια της κοινωνικής θέσης και της πατρίδας και η διαβίωση σε μια διαφορετική κουλτούρα με άλλη γλώσσα αξιολογούνται ως παράγοντες συνεχούς stress.2s,2s Σε ό,τι αφορά στα παιδιά, οι προαναφερθέντες παράγοντες μπορεί να έχουν τόσο άμεση επίδραση, π.χ. απώλεια γονέως, όσο και έμμεση που να σχετίζεται με την έλλειψη επαρκούς γονεϊκής φροντίδας που οφείλεται στην κακή ψυχική κατάσταση τους εξ αιτίας των δυσμενών κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης.

Οι συχνότερες νοσολογικές κατηγορίες στους ενήλικες είναι η μετατραυματική διαταραχή άγχους, η κατάθλιψη, οι διαταραχές συμπεριφοράς, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και τα ψυχωσικά σύνδρομα (κυρίως σχιζοφρένεια και παρανοειδή σύνδρομα). Η εμφάνιση της εκάστοτε συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής φαίνεται ότι επηρεάζεται από την εθνικότητα του μετανάστη, αλλά και από την προϋπάρχουσα προδιάθεση, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στις ψυχωσικές διαταραχές.39,44 Ενώ στα παιδιά και τους εφήβους προστίθενται οι ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, ο αυτισμός, οι αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένο άγχος, φοβίες) και ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις, όπως το σύνδρομο παραμέλησης-κακοποίησης, η παραπρωματικότητα, η κατάχρηση ουσιών και οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Επίσης σημαντικό ρόλο στη γένεση ψυχοπαθολογίας στους μετανάστες έχουν οι συγκεκριμένες διαδικασίες επιπολιτισμού. Οι οικονομικοί μετανάστες διαφέρουν από τους πολιτικούς πρόσφυγες κατά το ότι η μετακίνησή τους ήταν αποτέλεσμα δικής τους επιλογής για αναζήτηση καλύτερου παρόντος και μέλλοντος, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειές τους. Αντιθέτως, η μετακίνηση των πολιτικών προσφύγων είναι προϊόν εξαναγκασμού και συνήθως βίαιη τραυματική εμπειρία. Αυτή η διαφορά στα κίνητρα της μετακίνησης δεν ισχύει για τα παιδιά που ακολουθούν τους γονείς τους ανεξάρτητα από τη θέλησή τους. Όμως και οι δύο κατηγορίες μεταναστών παρουσιάζουν ομοιότητες που προκύπτουν από τις διαδικασίες επιπολιτισμού και ενσωμάτωσης, οι οποίες απαιτούν την προσαρμογή σε διαφορετικά πολιτιστικά δεδομένα και σε νέα γλωσσική πραγματικότητα. Από την πλευρά της επικρατούσης κουλτούρας, η οποία απαιτεί την ενσωμάτωση των μεταναστών, παρατηρείται μια αμφιθυμική στάση απέναντί τους.55 Αυτό γίνεται φανερό στα παιδιά των μεταναστών κατά τη φοίτησή τους στα ελληνικά σχολεία. Από τη μια πλευρά τους ζητείται να εγκαταλείψουν τη γλώσσα τους και να αποδεχθούν και να μάθουν την ελληνική κι από την άλλη δεν τους αναγνωρίζονται η ικανότητα και η επίδοσή τους όταν ξεπερνούν τα Ελληνόπουλα. Το παράδειγμα των αντιδράσεων για τους αλλοδαπούς σημαιοφόρους στις σχολικές γιορτές είναι πολύ εύγλωττο.

Κατά τη διαδικασία επιπολιτισμού, τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν stress, που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασής τους στα γεγονότα ζωής. Το επιπολιτιστικό stress μπορεί να εκδηλωθεί με τρεις διαφορετικούς ψυχοπαθολογικούς τρόπους: (α) η συμπτωματολογία του παιδιού να εκφράζει τη ματαίωση των φυσιολογικών ψυχικών αναγκών του ίδιου ή / και έμμεσα των γονέων του, (β) ιδιαίτερα στην εφηβεία με συμπτωματολογία που να υποδηλώνει διαταραχή στη συγκρότηση της ταυτότητας τόσο του Εγώ όσο και της κοινωνικής ταυτότητας και (γ) με ψυχοσωματικά συμπτώματα, συνήθως ήπια, με αμυντικό χαρακτήρα. Όταν όμως η αμυντική τους λειτουργία ξεπεραστεί υπό την μεγάλη ένταση των γεγονότων, τότε εμφανίζεται παθολογικό άγχος και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν δεδομένα που αμφισβητούν την αιτιολογική σύνδεση της μετανάστευσης με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένες έρευνες δεν έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των παιδιών των μεταναστών σε σχέση με εκείνη των γηγενών παιδιών. Αντιθέτως, βρέθηκε ότι σε ορισμένους τομείς τα παιδιά των μεταναστών παρουσιάζουν λιγότερη ψυχοπαθολογία.

Β. Μια σημαντική κοινωνική επίπτωση της μετανάστευσης θεωρείται ότι είναι η περιορισμένη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Υποστηρίζεται η άποψη ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας υπολείπεται αυτής που αναμένεται βάσει των δημογραφικών δεδομένων των μεταναστών. Αυτό αποδίδεται σε ποικίλους παράγοντες όπως είναι (α) οι δυσκολίες επικοινωνίας ανάμεσα στους ντόπιους και τους μετανάστες λόγω διαφορετικής γλώσσας και (β) οι διαφορετικές προτεραιότητες που έχουν οι οικογένειες των μεταναστών από τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Υποστηρίζεται π.χ. ότι οι μετανάστες θεωρούν ως σημαντικότερα τα προβλήματα φύλαξης, εκπαίδευσης και φυσικής κατάστασης των παιδιών τους, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που εστιάζουν την προσοχή τους σε ζητήματα όπως η σχέση μητέρας παιδιού, η ψυχική κατάσταση της μητέρας και οι σχέσεις μεταξύ των συζύγων. Ως δείκτης της κακής σχέσης των μεταναστών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας θεωρείται ο πρόωρος τερματισμός της συνεργασίας μαζί τους.

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο της να διερευνήσει την ψυχοπαθολογία των παιδιών των οικονομικών μεταναστών και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτσι, όπως αυτά προκύπτουν από τη σχέση τους με την Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής.

Για το σκοπό αυτόν, θέσαμε για διερεύνηση τις παρακάτω υποθέσεις: (α) Τα περισσότερα παιδιά των οικονομικών μεταναστών παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία. (β) Τα παιδιά των οικονομικών μεταναστών λαμβάνουν περισσότερες διαγνώσεις ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας. (γ) Οι οικογένειες των μεταναστών παρουσιάζουν περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (δ) Οι μετανάστες κάνουν λιγότερη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διακόπτουν πρόωρα τη συνεργασία.

## **Υλικό και μέθοδος**

### *Τόπος διεξαγωγής*

Η έρευνα έγινε στην Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής. Στους δύο Δήμους κατοικούν περίπου 120.000 κάτοικοι, οι περισσότεροι των οποίων είναι χαμηλού και μέσου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η ίδρυσή τους έγινε στο Μεσοπόλεμο από Έλληνες πρόσφυγες της Μικράς Ασίας, γι' αυτό ακόμη και σήμερα μεγάλο μέρος του πληθυσμού τους εξακολουθεί να έχει προσφυγική καταγωγή. Από τα μέσα της δεκαετίας του '90 άρχισαν να εγκαθίστανται ολοένα και περισσότεροι οικονομικοί μετανάστες, κυρίως από την Αλβανία. Σήμερα, ο μαθητικός πληθυσμός των παιδιών τους αποτελεί περίπου το 12% του συνόλου (Πίνακας 1).

### *Δείγμα*

Από το σύνολο των 1338 νέων περιστατικών που προσήλθαν στην Υπηρεσία κατά το διάστημα από 1 /1 /1997 έως 1 /1 /2000, 35 (2,7%) είχαν τουλάχιστον έναν γονέα οικονομικό μετανάστη και απετέλεσαν την πειραματική ομάδα. Η ομάδα ελέγχου σχηματίστηκε από διπλάσιο αριθμό παιδιών (70), τα οποία γεννήθηκαν και μεγάλωσαν στην Ελλάδα και είχαν και τους δύο γονείς Έλληνες. Οι δύο ομάδες εξομοιώθηκαν ως προς τη χρονική περίοδο προσέλευσης, το φύλο και την ηλικία (με απόκλιση τριών μηνών) (Πίνακας 2).

### *Μέσα*

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους φακέλους που τηρούνται στο αρχείο της Υπηρεσίας και αφορούσαν στη χώρα καταγωγής των γονέων, τον τόπο γέννησης του παιδιού, με ποιον ζει το παιδί, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα των γονέων, την κοινωνική ασφάλιση, την κατοικία, την ψυχιατρική παθολογία των γονέων (Πίνακας 3). Για την κατάταξη των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (οικονομική κατάσταση, επάγγελμα) χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα κοινωνικοοικονομικής ένταξης του Μαδιανού. Επίσης κατεγράφη σαν τα στοιχεία που

σχετίζονται με τη χρήση της Υπηρεσίας. Πιο συγκεκριμένα, το είδος της παραπομπής, ο διαγνωστικός κύκλος, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, ο αριθμός των επισκέψεων και η έκβαση-τερματισμός (Πίνακας 4). Η αξιολόγηση της χρήσης των υπηρεσιών έγινε κατά το εξάμηνο μετά την πρώτη επίσκεψη. Για τις οικογένειες που διέκοψαν τη συνεργασία σ' αυτό το διάστημα, χωρίς συμφωνία, θεωρήθηκε ότι τερμάτισαν πρόωρα τη θεραπεία τους.

Ακόμη κατεγράφη η ψυχιατρική διάγνωση του παιδιού, που τέθηκε από δύο ανεξάρτητους παιδοψυχιάτρους, σύμφωνα με τις οδηγίες του ICD-10 (Πίνακας 5). Ως ψυχοκοινωνικές διαταραχές θεωρήσαμε εκείνες που σε μεγάλο βαθμό αιτιολογικά αποδίδονται σε δυσμενείς οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες και περιλαμβάνουν διαταραχές προσαρμογής, μετατραυματική διαταραχή άγχους, αγχώδεις και ήπιες καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, διαταραχές διατροφής, σωματόμορφες διαταραχές και διαταραχές του ύπνου.

Τέλος, κατεγράφη το είδος της ψυχοκοινωνικής κατάστασης κάθε περιστατικού σύμφωνα με τον άξονα Z του ICD-10. Ετέθησαν μέχρι τρεις διαγνώσεις ανά περιστατικό (Πίνακας 6).

### *Στατιστική ανάλυση*

Ο βαθμός συμφωνίας των δύο εξεταστών μετρήθηκε με την εκτίμηση του συντελεστή Kappa Coefficient (K) και βρέθηκε να είναι υψηλός: 0,78. Η σημαντικότητα του K προσδιορίστηκε με την εκτίμηση του z και βρέθηκε στατιστικώς πολύ σημαντική  $p < 0,001$ . Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 10.1. Οι πίνακες συνάφειας αξιολογήθηκαν με τη δοκιμασία Chi-square ( $\chi^2$ ), με διόρθωση κατά Yates όπου χρειαζόταν και με τη δοκιμασία Fisher. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης έλεγχοι υποθέσεων για αναλογίες. Οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων για τις μη συνεχείς μεταβλητές έγιναν με τη χρήση της μη παραμετρικής δοκιμασίας Mann-Whitney U.

### **Αποτελέσματα**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνονται στον πίνακα 2. Παρατηρείται σημαντική υπεροχή των μεταναστών από τα Βαλκάνια (72%) ( $\chi^2=38,6$ ,  $df=4$ ,  $p=0,000$ ). Η υπεροχή των αγοριών προς τα κορίτσια είναι 2/1 και στις δύο ομάδες. Η συντριπτική πλειονότητα των παιδιών μεγαλώνει και με τους δύο γονείς και στις δύο ομάδες, ενώ σημαντικός αριθμός παιδιών των οικονομικών μεταναστών (37%) έχει γεννηθεί στην Ελλάδα.

Τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των γονέων φαίνονται στον πίνακα 3. Οι δύο ομάδες δεν εμφάνισαν διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το ψυχιατρικό ιστορικό των γονέων. Παρατηρείται ότι το ποσοστό των διεξυγμένων γονέων είναι το ίδιο χαμηλό και στις δύο ομάδες, ενώ οι γονείς και των δύο παρουσιάζουν παραπλήσιο χαμηλό ποσοστό ψυχικών διαταραχών. Αντιθέτως, υπήρξαν στατιστικώς πολύ σημαντικές διαφορές στην οικονομική κατάσταση ( $\chi^2=39,8$ ,  $df=2$ ,  $p=0,000$ ), το επάγγελμα του πατέρα ( $\chi^2=47,86$ ,  $df=4$ ,  $p=0,000$ ), το επάγγελμα της μητέρας ( $\chi^2=30,87$ ,  $df=4$ ,  $p=0,000$ ), την κοινωνική ασφάλιση ( $\chi^2=29,88$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ) και το είδος κατοικίας ( $\chi^2=38,48$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ). Οι οικονομικοί μετανάστες παρουσιάζουν χειρότερη οικονομική κατάσταση, απασχολούνται κυρίως ως ανειδίκευτοι εργάτες, ζουν σε νοικιασμένο σπίτι και είναι σε σημαντικό βαθμό ανασφάλιστοι.

Τα αποτελέσματα ως προς τη χρήση των Υπηρεσιών φαίνονται στον πίνακα 4. Δεν παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε καμία από τις εξετασθείσες παραμέτρους, πλην εκείνης της «συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες», όπου σημειώνεται στατιστικώς σημαντική υπεροχή της ομάδας των μεταναστών ( $\chi^2=18,5$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ). Η κύρια πηγή παραπομπής και για τις δύο ομάδες είναι το σχολείο. Ολοκλήρωσαν στα ίδια υψηλά ποσοστά τον διαγνωστικό κύκλο, έλαβαν τις ίδιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, είχαν ανάλογο αριθμό επισκέψεων και παρόμοια έκβαση με παραπλήσιο ποσοστό πρόωρου τερματισμού.

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις φαίνονται στον πίνακα 5. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά, τόσο ως προς τον αριθμό των παιδιών που έλαβαν ψυχιατρική διάγνωση όσο και ως προς το είδος των διαγνώσεων που τέθηκαν. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε υπεροχή των ψυχοκοινωνικών διαγνώσεων, τόσο ανάμεσα στις δύο ομάδες όσο και σε κάθε μία ξεχωριστά. Αντιθέτως, βρέθηκε σχετική υπεροχή των νευροβιολογικών διαγνώσεων (διάχυτες και ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση) στους Έλληνες. Αυτό το αποτέλεσμα δεν άλλαξε, ακόμα κι όταν λάβαμε υπόψη μας και τη δεύτερη διάγνωση - όπου υπήρξε. Ως προς τη συννοσηρότητα (ύπαρξη δεύτερης

Πίνακας 1. Διάρθρωση σχετικά Εθνοφυλοκρατικής (συνολική κλίμακα 2000-2001).

	ΜΑΘΗΤΕΣ							
	Ελλοδίκοι		Γαλλογεννησθέντες		Ελλήνων		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Επιπέδο ανακάλυψης								
Ανεπαρκές	822	14,8	92	0,8	2002	24,6	3787	100
Παραδεκτό	2192	12,6	23	1,2	1612	63,2	2132	100
Αόριστα	73	4,85	1	0,56	1224	65,4	1744	100
ΣΥΛΛΟΓΙΣΤΕΣ	229	12,2	21	0,2	2292	67,2	2857	100

Πίνακας 2. Δημιουργικότητα γραφειοκρατικού στυλ γραμμάτων.

	Μεταναστευτές		Ελλήνων	Στατιστική ανάλυση			
	N	(%)		χ <sup>2</sup>	df	p	
Φύλο							
Άρρεν	28	(22,3%)	48	(7%)		N.S. <sup>1</sup>	
Θήλυ	11	(21,4)	21	(20%)			
Λέξεις							
Μόνο (S.D.)	8,4	(2,22)	2,8	(2,22)	2-0,17	0,022 <sup>2</sup>	
Διακρίσεις (έμφαση)	2,9-12/10		2,8-12/10				
Λέξεις υπερανεπτυγμένες γραμμάτων							
Ελλάδα	—		78	(16%)			
Ευρώπη	26	(7%)	—				
Αμερ. Ευρώπη	4	(11)	—				
Αραβική	2	(2,2)	—		26,8	0,000 <sup>3</sup>	
Μέση Ανατολή	2	(2,2)	—				
Τύπος γέννησης							
Ελλάδα	16	(27,1)	73	(28%)			
Εξωτερικά	22	(22,8)	—		51,8	1	0,000 <sup>3</sup>
Το παιδί ζει με:							
Δύο γονείς	22	(22,2)	62	(22)		N.S. <sup>1</sup>	
Ένα γονέας	6	(17,2)	7	(10)			

1. Χρήσιμο Chi-square με διόρθωση κατά Yates. 2. Χρήσιμο Mann-Whitney. 3. Χρήσιμο Chi-square.

διάγνωσης), βρέθηκε οριακή στατιστική σημαντική υπεροχή της ομάδας των Ελληνόπουλων ( $\chi^2=2,74$ ,  $df=1$ ,  $p=0,081$ ).

Τα αποτελέσματα ως προς την ψυχοκοινωνική κατάσταση φαίνονται στον πίνακα 6 και στο διάγραμμα 1. Βρέθηκε στατιστικώς πολύ σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ( $\chi^2=16,57$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ). Οι οικονομικοί μετανάστες έλαβαν σχεδόν στο σύνολό τους ψυχοκοινωνική διάγνωση έναντι των μισών περίπου Ελλήνων. Επίσης το είδος των ψυχοκοινωνικών διαγνώσεων διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες. Ο μεγαλύτερος αριθμός διαγνώσεων των οικονομικών μεταναστών σχετίζεται με προβλήματα με την κατοικία και τις οικονομικές συνθήκες (Z59) και το κοινωνικό

περιβάλλον (Z60). Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία Z60 ετέθησαν οι διαγνωστικές υποκατηγορίες: Z60.0 που αφορά προβλήματα προσαρμογής σε μεταβατικές περιόδους του κύκλου ζωής, Z60.3 που αναφέρεται σε δυσχέρειες επιπολιτισμού, Z60.4 που υποδηλώνει κοινωνικό αποκλεισμό και απόρριψη και Z60.5 που δηλώνει την υποκειμενική αντίληψη για διακρίσεις και διώξεις. Αντιθέτως, οι διαγνώσεις των Ελλήνων είχαν σχέση με προβλήματα ανατροφής (Z62) και οικογενειακών συνθηκών (Z63) (Διάγραμμα 1).

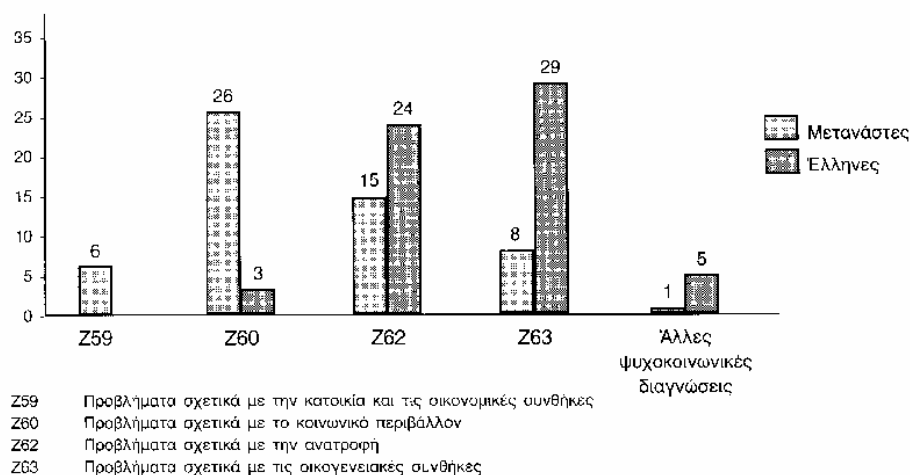
Επίσημο 3. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών.

	Μεταναστευτές		Έλληνες		Στατιστική ανάλυση		
	N	(%)	N	(%)	$\chi^2$	df	p
<b>Οργανωσιακή κατάσταση</b>							
Οικοική	261	(84,1%)	191	(89,8%)	ns		
Αποζώνο	5	(1,6%)	7	(3,0%)			
Άλλη/ή γήρατο γένος	1	(0,3%)	1	(0,4%)			
<b>Εκπαιδευτική απόδοση</b>							
Μετρί	22	(67,1%)	9	(4,2%)			
Μέτρια	10	(29,8%)	27	(26,1%)	28,2	2	0,000*
Καλή	5	(14,9%)	49	(59,6%)			
<b>Επάγγελμα ποσάρα</b>							
Ανεργία/μακροχρόνιο ανεργία	3	(8,6%)	21	(21,0%)			
Μέσος ανεργία	1	(2,9%)	38	(47,1%)			
Εθελοντική εργασία	6	(18,2%)	7	(10,0%)	47,86	4	0,000*
Ανεξάρτητος - υπαλλήλος	28	(86,7%)	7	(10,0%)			
Σταθρογ	2	(5,7%)	2	(2,1%)			
<b>Επιδημιολογία ασθένειας</b>							
Αυθόρμητο-μολυσμα ασθένεια	1	(2,9%)	9	(19,0%)			
Μέσος ανεργία	1	(2,9%)	24	(24,8%)			
Εθελοντική εργασία	---		3	(4,9%)	22,27	4	0,000*
Ανεξάρτητος - υπαλλήλος	17	(44,8%)	7	(10,0%)			
Οικοική	15	(40,8%)	29	(37,7%)			
<b>Ασθένεια</b>							
Υαμεί	17	(45,0%)	2	(2,0%)			
Μέ	16	(41,4%)	22	(27,1%)	22,88	1	0,000*
<b>Εθελοντική εργασία</b>							
Μέσος	3	(8,6%)	43	(52,1%)			
Εθελοντική εργασία	21	(53,8%)	17	(21,5%)	32,48	1	0,000*
Μεταναστευτική κατάσταση	6	(11,5%)	7	(10,0%)	ns		

ns: σφάλμα επί-σφάλμα. \*χρήσιμο στατιστικό μέτρο.

**Πίνακας 4.** Χρήση υπηρεσιών.

	Μετανάστες		Έλληνες		Στατιστική ανάλυση		
	N	(%)	N	(%)	χ <sup>2</sup>	df	p
<b>Γενεσιολογία παιδι</b>							
Εθνική	17	(45,8)	28	(21,4)			N.S. <sup>1</sup>
κατοικουσα/αποδημοτική	17	(45,8)	28	(21,4)			
Μόναξ	---		13	(10,1)			
Άλλα	---		3	(2,3)			
<b>Διαγενεακή σχέση</b>							
Ομοσέξουα	33	(81,0)	67	(51,4)			N.S. <sup>2</sup>
Αιμοσέξουα	7	(18,0)	13	(10,0)			
<b>Διαγενεακές υπηρεσίες</b>							
Κοινωνικές υπηρεσίες	35	(89,1)	70	(53,0)			N.S. <sup>3</sup>
Ψυχολογική αίσθηση	21	(54,0)	40	(30,8)			N.S. <sup>3</sup>
Εξοικονόμηση κοντάρι	5	(12,5)	13	(10,0)			N.S. <sup>3</sup>
Αναθεώρηση - αναστολή	33	(83,7)	21	(16,0)			N.S. <sup>3</sup>
Καταργεί	2	(5,1)	17	(13,0)			N.S. <sup>3</sup>
Επιπέδωσες/αποκατάσταση	3	(7,7)	7	(5,4)			N.S. <sup>3</sup>
<b>Θεραπευτικές υπηρεσίες</b>							
Θεραπευτική βοήθεια, υποστήριξη	14	(35,7)	31	(23,4)			N.S. <sup>3</sup>
Παιχνίδια υποστηρικτικές	0	(0,0)	5	(3,8)			N.S. <sup>3</sup>
Εξάσκηση θεαμάτων	5	(12,5)	13	(10,0)			N.S. <sup>3</sup>
Προβλεπτική γλώσσα	4	(10,0)	11	(8,4)			N.S. <sup>3</sup>
Συνεργασία με υπηρεσίες	11	(28,0)	2	(1,5)	10,8	1	0,000 <sup>3</sup>
Γραμμάτιση μαζί τη δασκάλα	7	(17,7)	9	(6,9)			N.S. <sup>3</sup>
<b>Αριθμός επισκέψεων</b>							
1-3	16	(41,4)	32	(24,7)			
4-7	13	(33,1)	30	(22,9)			N.S. <sup>4</sup>
8-10	1	(2,6)	4	(3,1)			
10+	0	(0,0)	4	(3,1)			
<b>Έξοδος - υπηρεσιών</b>							
Ολοκλήρωση	13	(33,1)	33	(25,4)			
Συνεχίζεται	5	(12,5)	4	(3,1)			N.S. <sup>5</sup>
Απόσυρση	13	(33,1)	23	(17,7)			
Παραίτηση	7	(17,7)	9	(6,9)			



**Διάγραμμα 1.** Είδος ψυχοκοινωνικής κατάστασης (μέχρι τρεις διαγνώσεις).

## Συζήτηση

Οι υποθέσεις ότι τα παιδιά των οικονομικών με μεταναστών θα παρουσίαζαν περισσότερη ψυχιατρική παθολογία και ότι οι περισσότερες διαγνώσεις θα ήταν ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας δεν επιβεβαιώθηκαν από τα ευρήματά μας. Πράγματι, δεν βρέθηκε στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών που έλαβαν ψυχιατρική διάγνωση. Αντιθέτως, παρατηρείται σχετική υπεροχή των παιδιών των οικονομικών μεταναστών ως προς τη διάγνωση «φυσιολογικό» (F0.00) (39%) έναντι των Ελληνόπουλων (26%). Ακόμη, τα παιδιά των Ελλήνων παρουσιάζουν μεγαλύτερη συννοσηρότητα, που υποδηλώνει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογική

**Πίνακας 5.** Ψυχιατρική διάγνωση - Συννοσηρότητα.

	<u>Μετανάστες</u>		<u>Έλληνες</u>		<u>Στατιστική ανάλυση</u>		
	N: 28	(%)	N: 57	(%)	$\chi^2$	df	$p$
<b>A. Πρώτη διάγνωση</b>							
Φυσιολογικό	<b>11</b>	<b>(39,2)</b>	15	(26,4)			N.S. <sup>1</sup>
Νευρωτικές διαταραχές	1	( 3,6)	2	( 5,3)			N.S. <sup>1</sup>
Διαταραχές διατροφής	—		1	( 1,7)			N.S. <sup>1</sup>
Νοητική καθυστέρηση	2	( 7,2)	—				N.S. <sup>1</sup>
Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές	9	(32,0)	<b>27</b>	<b>(47,3)</b>			N.S. <sup>1</sup>
Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	2	( 7,2)	1	( 1,7)			N.S. <sup>1</sup>
Διαταραχές διαγωγής	2	( 7,2)	3	( 5,3)			N.S. <sup>1</sup>
Διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία	1	(3,6)	7	(12,3)			N.S. <sup>1</sup>
<b>B. Συννοσηρότητα</b>							
Ναι	<b>3</b>	<b>(11,0)</b>	<b>15</b>	<b>(26,0)</b>			
Όχι	25	(89,0)	42	(74,0)	2,74	1	0,081 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Έλεγχος υποθέσεων για αναλογίες, <sup>2</sup>Κριτήριο ακριβείας Fisher.

**Πίνακας 6.** Ψυχοκοινωνική κατάσταση.

	<u>Μετανάστες</u>		<u>Έλληνες</u>		<u>Στατιστική ανάλυση</u>		
	N: 35	(%)	N: 70	(%)	$\chi^2$	df	$p$
Με Ψ/Κ διάγνωση	<b>32</b>	<b>(91,0)</b>	<b>34</b>	<b>(49,0)</b>	16,57	1	0,000 <sup>1</sup>
Χωρίς Ψ/Κ διάγνωση	3	( 9,0)	36	(51,0)			

<sup>1</sup>Κριτήριο Chi-square με διόρθωση κατά Yates.

επιβάρυνση αντίθετως, ως προς το είδος των διαγνώσεων, παρατηρήθηκε σημαντική επίπτωση των νευροβιολογικών διαγνώσεων και στις δύο ομάδες. Αυτό το συμπέρασμα μάς φέρνει σε αντίθεση με εκείνους που υποστηρίζουν την υπόθεση «της μετανάστευσης ως νοσολογικού παράγοντα» (migration morbidity hypothesis) που στηρίζεται σε μια σειρά ερευνών που ανιχνεύουν σε μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογία στα παιδιά των μεταναστών. Τα συμπεράσματά τους βασίζονται σε ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν εκπαιδευτικοί ή γονείς. Όταν μάλιστα οι εκπαιδευτικοί ήταν της ίδιας εθνικότητας με τους μετανάστες, τότε η ανεύρεση ψυχοπαθολογίας ήταν ακόμα μεγαλύτερη. Τα αποτελέσματά τους δηλώνουν ότι τα παιδιά των μεταναστών εμφανίζουν περισσότερο άγχος και επιθετικότητα, μικρότερη ανοχή στη ματαιώση, μικρότερη αυτοεκτίμηση, αυξημένη εξαρτητικότητα, πιο συχνές και πιο σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς και κατάθλιψη. Οι Rutter και συν. συγκρίνοντας παιδιά μεταναστών από τις Δυτικές Ύδρες με γηγενή, μέσω ερωτηματολογίων εκπαιδευτικών, βρήκαν ότι διπλάσιος αριθμός αγοριών και τριπλάσιος κοριτσιών από την ομάδα των μεταναστών παρουσίαζε κάποιας μορφής διαταραχή. Αυτές οι διαφορές εξαλείφθηκαν, όταν σε τυχαίο δείγμα έγινε ψυχιατρική

εκτίμηση μέσω συνεντεύξεων των γονέων. Παρόμοιες με τη δική μας αναδρομικές μελέτες κλινικού πληθυσμού παρουσιάζουν αντικρουόμενα ευρήματα. Οι Roberts και Cawthorpe<sup>61</sup> αναφέρουν σημαντικές διαφορές στις διαγνώσεις σε βάρος των μεταναστών. Οι Howard και Hodes<sup>3</sup> στη Βρεταννία συνέκριναν παιδιά μεταναστών, προσφύγων και Βρεταννών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα παιδιά των Βρεταννών ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο από ό,τι τα παιδιά των μεταναστών και των προσφύγων - παρότι δεν υπήρχε διαφορά στη συχνότητα της διάγνωσης «διαταραχή συμπεριφοράς» ανάμεσα στις τρεις ομάδες.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, τα αποτελέσματα άλλων ερευνών συγκλίνουν με τα δικά μας. Οι McKelvey και συν.<sup>4δ</sup> στο Περθ της Δυτικής Αυστραλίας συνέκριναν την επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους 9-17 ετών των μεταναστών από το Βιετνάμ και βρήκαν ότι δεν διέφερε από εκείνη των συνομηλικών τους του γενικού πληθυσμού. Οι Sowa και συν., μελετώντας τις διαταραχές συμπεριφοράς σε παιδιά Τούρκων μεταναστών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι από μόνο του το γεγονός της μετανάστευσης δεν συμβάλλει στην δημιουργία τους. Ενώ οι Munroe και συν.,<sup>75</sup> αξιολογώντας τα ευρήματα της Ontario Child Health Study, συμπεραίνουν ότι τα παιδιά των μεταναστών δεν παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό παιδικό πληθυσμό. Παρομοίως, οι Steinhausem και συν., σε επιδημιολογική έρευνα των προβλημάτων του συναισθήματος και της συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων ηλικίας 6-17 ετών, στην Ελβετία, διαπίστωσαν ότι η συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ψυχοπαθολογία ήταν πιο σημαντική από ό,τι με την εθνικότητα και την ηλικία.

Στον αντίποδα της υπόθεσης ότι η μετανάστευση συνδέεται με την αυξημένη εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά βρίσκονται οι έρευνες που ανευρίσκουν μειωμένη ψυχοπαθολογία στα παιδιά των μεταναστών σε σύγκριση με τα παιδιά των γηγενών. Οι Fichter και συν.<sup>δ1</sup> χορήγησαν το General Health Questionnaire σε Έλληνες εφήβους που ζούσαν στο Μόναχο και σε Έλληνες και Τούρκους εφήβους που ζούσαν στην πατρίδα τους. Η ομάδα των μεταναστών εφήβων είχε πολύ χαμηλότερη βαθμολογία από ό,τι οι άλλες δύο ομάδες που δεν διέφεραν μεταξύ τους. Οι Davies και McKelvey,<sup>~</sup> συγκρίνοντας μετανάστες με μη μετανάστες εφήβους 12-16 ετών, χορήγησαν το Youth Self Report στους εφήβους και το Child Behavior Checklist στους γονείς. Η βαθμολογία των μη μεταναστών εφήβων και στα δύο ερωτηματολόγια ήταν στατιστικώς πολύ σημαντικά υψηλή σε σύγκριση με τους μετανάστες. Οι Goodman και Richards<sup>4~</sup> μελέτησαν στη Βρεταννία παιδιά γονέων από την Αφρο-Καριβική και παιδιά λευκών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η αναλογία ανάμεσα στις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς ήταν χαμηλότερη στην ομάδα των Αφρο-Καραϊβαϊκών, παρά τη χειρότερη κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση. Όμως, παρουσίαζαν τον μικρότερο βαθμό οικογενειακής δυσλειτουργίας.

Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μας χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι η πειραματική ομάδα αποτελείται αποκλειστικά από παιδιά οικονομικών μεταναστών και ότι ένας σημαντικός αριθμός τους έχει γεννηθεί στην Ελλάδα. Αυτό το γεγονός φαίνεται ότι συμβάλλει στη μείωση της σημασίας του τραύματος και των συνεπειών του. Ακόμη, η μη διαφοροποίηση των διαγνώσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες εν μέρει πρέπει να αποδοθεί και στην ομοιογένεια των αποτελεσμάτων όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, τη δομή της οικογένειας και το ψυχιατρικό ιστορικό της οικογένειας. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι οι μισοί οικονομικοί μετανάστες έχουν κοινωνική ασφάλιση, που για τα ελληνικά δεδομένα σημαίνει σημαντική κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική ασφάλεια. Έτσι περιορίζεται σημαντικά η επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση τόσο της μετατραυματικής διαταραχής όσο και των διαταραχών συμπεριφοράς. Η σημαντική επίπτωση των διάχυτων και των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών στην πειραματική ομάδα είναι ευρήματα που επισημαίνονται και σε άλλες έρευνες. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό για τις διαταραχές στον λόγο και τη μάθηση, παραμένει όμως χωρίς επαρκή εξήγηση για τον αυτισμό.

Σχετικά με την τρίτη υπόθεσή μας, τα αποτελέσματα την επιβεβαιώνουν. Πράγματι, οι οικογένειες των οικονομικών μεταναστών ~ παρουσιάζουν περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (χειρότερες συνθήκες κατοικίας, απασχόλησης, ασφάλισης, οικονομικής κατάστασης). Επίσης, σχεδόν στο σύνολό τους, παίρνουν διάγνωση στον άξονα της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης Z του ICD-10, σε αντίθεση με τις ελληνικές οικογένειες που σε λιγότερες από τις μισές ετέθη διάγνωση. Αξιοσημείωτη είναι και η ποιοτική διαφορά των διαγνώσεων.

Τέλος, ως προς την υπόθεση ότι οι οικονομικοί μετανάστες κάνουν μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και διακόπτουν πρόωρα τη συνεργασία τους με αυτές, τα αποτελέσματά μας μόνον ως ενδεικτικά μπορούν να θεωρηθούν. Ο μικρός απόλυτος αριθμός (35) των παιδιών των οικονομικών μεταναστών σε σχέση με το μακρό χρονικό διάστημα (τρία χρόνια) της έρευνας, με τον αριθμό των αλλοδαπών μαθητών στα σχολεία της περιοχής μας, καθώς και με τον απόλυτο αριθμό τους (< 2000,

κατ' εκτίμηση) δείχνει ότι μόνον ένας μικρός αριθμός από τα παιδιά που «θεωρητικά αναμένεται ότι» χρειάζονται ψυχοκοινωνική βοήθεια προσέρχεται στην Υπηρεσία μας. Κι αυτό παρότι η σημαντικότερη πηγή παραπομπής τους είναι και στην περίπτωση αυτή οι εκπαιδευτικοί. Στον ίδιο ισχυρισμό καταλήγει και η ανάλογη έρευνα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Πειραιά (1996), που έχει εξαπλάσιο σε μέγεθος τομέα ευθύνης από εμάς.

Η μικρή χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους οικονομικούς μετανάστες θεωρείται συχνό και συνηθισμένο φαινόμενο και αποδίδεται σε διαφορετικούς λόγους, τους οποίους αναφέραμε εκτενέστερα στην εισαγωγή. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι αυτό το φαινόμενο παρατηρείται ανάμεσα σε εκείνους τους μετανάστες που προέρχονται από κοινωνίες που θεωρείται ότι έχουν χαμηλότερο κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει με τους Δυτικοευρωπαίους οικονομικούς μετανάστες στις άλλες ηπείρους, όπου παρατηρείται υψηλότερη και καλύτερη χρήση των υπηρεσιών εκ μέρους τους.

Παρ' όλα αυτά, όταν οι οικονομικοί μετανάστες φτάσουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών μας, τότε αυτή δεν διαφέρει από εκείνη των υπολοίπων (Ελλήνων) ασθενών μας. Αυτό το συμπέρασμα προκύπτει αβίαστα από τα αποτελέσματά μας, που αφορούν τόσο τις προσφερθείσες υπηρεσίες όσο και την ανυπαρξία διαφοράς ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς την πρόωρη διακοπή. Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Klimidis και συν.,<sup>86</sup> που εξέτασαν τη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών από οικονομικούς μετανάστες και Αυστραλούς γηγενείς. Διαπιστώθηκε ότι, όταν οι οικονομικοί μετανάστες ξεπερνούν τα αρχικά εμπόδια και αποκαθιστούν επαφή με τις υπηρεσίες, τότε κάνουν καλή χρήση και δεν διακόπτουν πρόωρα τη συνεργασία τους μ' αυτές.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας της Υπηρεσίας μας, χρειάζεται να υπογραμμισθεί ότι τα αποτελέσματα της χρήσης των υπηρεσιών μας από τους οικονομικούς μετανάστες δείχνουν ότι τα εμπόδια της γλώσσας και της διαφορετικής κουλτούρας δεν στάθηκαν ικανά να εμποδίσουν την προσφορά υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους, χωρίς διακρίσεις. Ακόμη, η μη ύπαρξη διαφοράς στη συμμόρφωση στη θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως έμμεσος δείκτης του βαθμού ικανοποίησης. Από όλα αυτά προκύπτει ότι η διαφορά κουλτούρας δεν αποτελεί εμπόδιο για την άσκηση του Θεραπευτικού έργου, με την προϋπόθεση ότι αίρονται τα κοινωνικο-οικονομικά φράγματα που εμποδίζουν την προσφορά του.