



Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και ψυχική αρρώστια: μιά προσπάθεια διερεύνησης τής σχέσης. Μιχάλης Μαδιανός

Ἡ ἐπίδραση τῶν κοινωνικῶν, οἰκονομικῶν, πολιτιστικῶν καὶ οἰκολογικῶν παραγόντων πάνω στὴ διαμόρφωση τῆς ψυχικῆς κατάστασης τοῦ ἀτόμου «πού δέν νοσεῖ» καὶ δέν καταφεύγει σὲ ψυχιατρικὲς ὑπηρεσίες ἔχει ἤδη ἀποδειχθεῖ μέσα ἀπὸ ἀρκετὰ δεκάδες κοινωνικοψυχιατρικὲς ἐρευνὲς σὲ ἀντιπροσωπευτικὰ δείγματα πληθυσμοῦ σὲ διάφορες χῶρες στὶς ὁποῖες περιλαμβάνεται καὶ ἡ χῶρα μας (1, 2, 3, 4, 5, 6). Ἀντίθετα ἡ σχέση οἰκονομικῶν καὶ κοινωνικῶν συντελεστῶν καὶ ἐπικράτησης (prevalence) τῆς ψυχικῆς ἀρρώστιας, ὅπως αὐτὴ προκύπτει ἀπὸ τὰ ποσοστὰ τῆς νοσηλευτικῆς ψυχιατρικῆς νοσηρότητας, ἔχει

διερευνηθεῖ μέσα ἀπὸ μικρὸ σχετικά ἀριθμὸ ἐρευνῶν μὲ πι γνωστὴ τὴν κλασικὴ μελέτη τῶν Hollingshead & Redlich (7, 8 9).

Οἱ μελέτες πού διερεύνησαν τὴν ἐπίδραση τῶν οἰκονομικῶν καὶ ἄλλων περιβαλλοντικῶν παραγόντων στὶς διαστάσεις τῆς νοσηλευτικῆς ψυχιατρικῆς νοσηρότητας, διακρίνονται σὲ δύο κατηγορίες. Στὴν πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται ἐκεῖνες οἱ ἐρευνὲς πού συνέκριναν τὰ ποσοστὰ τῆς χρήσης καὶ τὴν ποιότητα τῆς παροχῆς ψυχιατρικῶν υπηρεσιῶν σ' ἓνα σύστημα ὁ γείας καὶ τὴν κοινωνικὴ-οἰκονομικὴ θέση τῶν καταναλωτῶν τοῦ συστήματος (8, 9). Στὴ δευτέρη κατηγορία ἀνήκουν οἱ ἐρευνὲς πού συσχέτισαν τὴν αἰτιολογικὴ σχέση ψυχιατρικῆς νοσηλευτικῆς νοσηρότητας μῆς περιοχῆς καὶ τῆς οἰκονομικῆς κατάστασης τῆς περιοχῆς αὐτῆς, ὅπως αὐτὴ προκύπτει ἀπὸ δείκτες κοινωνικοῦ καὶ οἰκονομικοῦ (10).

Πιὸ γνωστὴ εἶναι ἡ ἐρευνα τοῦ H Brenner πού βρῆκε μιά ἀρνητικὴ συσχέτιση μεταξύ νοσηλευτικῆς νοσηρότητας καὶ οἰκονομικῆς κατάστασης τῆς πολιτείας τῆς Νέας Ὑόρκης γιὰ μι χρονικὴ περίοδο 117 χρόνων, χρησιμοποιώντας δείκτες τῆς βιομηχανικῆς ἀπασχόλησης σὰν ἐνδεικτικὰ στοιχεῖα τῆς οἰκονομίας

κής κατάστασης. Βρέθηκε από την έρευνα αυτή ότι όταν υπήρχε μία οικονομική κρίση αυξανόταν τα ποσοστά των πρώτων εισαγωγών στα ψυχιατρεία της Ν. Υόρκης και αντίστροφα για τις περισσότερες ηλικιακές ομάδες.

Κατά τον Brenner η ψυχική αρρώστια είναι αποτέλεσμα διεργασιών μέσα στο κοινωνικό σύστημα σαν συνέπεια μιας ανεπαρκούς οικονομικής και κοινωνικής απαρτίωσης, παρά σαν πρωτογενή προβλήματα που κληρονομεί το άτομο, όπως δέχεται ή παραδοσιακή ψυχιατρική που δεν εστιάζει σε προβλήματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή αλλαγής. Οι Marshall και Funch (11), που επανέλαβαν με την ίδια μεθοδολογία την έρευνα του Brenner, βρήκαν μέσα από περίτεχνη στατιστική ανάλυση ότι η χωρητικότητα των ψυχιατρικών ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση των ποσοστών των πρώτων εισαγωγών στα ψυχιατρικά ιδρύματα της πολιτείας της Νέας Υόρκης.

Στά πλαίσια λοιπόν αυτού του προβληματισμού και μέσα από το πρόγραμμα της επιδημιολογικής έρευνας των ψυχικών παθήσεων στη χώρα μας, που έχει αρχίσει από το 1978 από τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας, ξεκίνησε η παρούσα έρευνητική εργασία.

Η εργασία αυτή αποτελεί μία παραπέρα διερεύνηση των επιδημιολογικών εδρημάτων που παρατηρήθηκαν κατά την πρώτη και δεύτερη φάση της ανάλυσης όλων των εξόδων των 19579 ατόμων που νοσηλεύθηκαν σε ένα χρόνο (1978), σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα, δημόσια και ιδιωτικά, της χώρας. Η μεθοδολογία της έρευνας αυτής έχει περιγραφεί άλλοι (12). Στις προηγούμενες έρευνητικές φάσεις βρέθηκε μία σαφής διαφοροποίη-

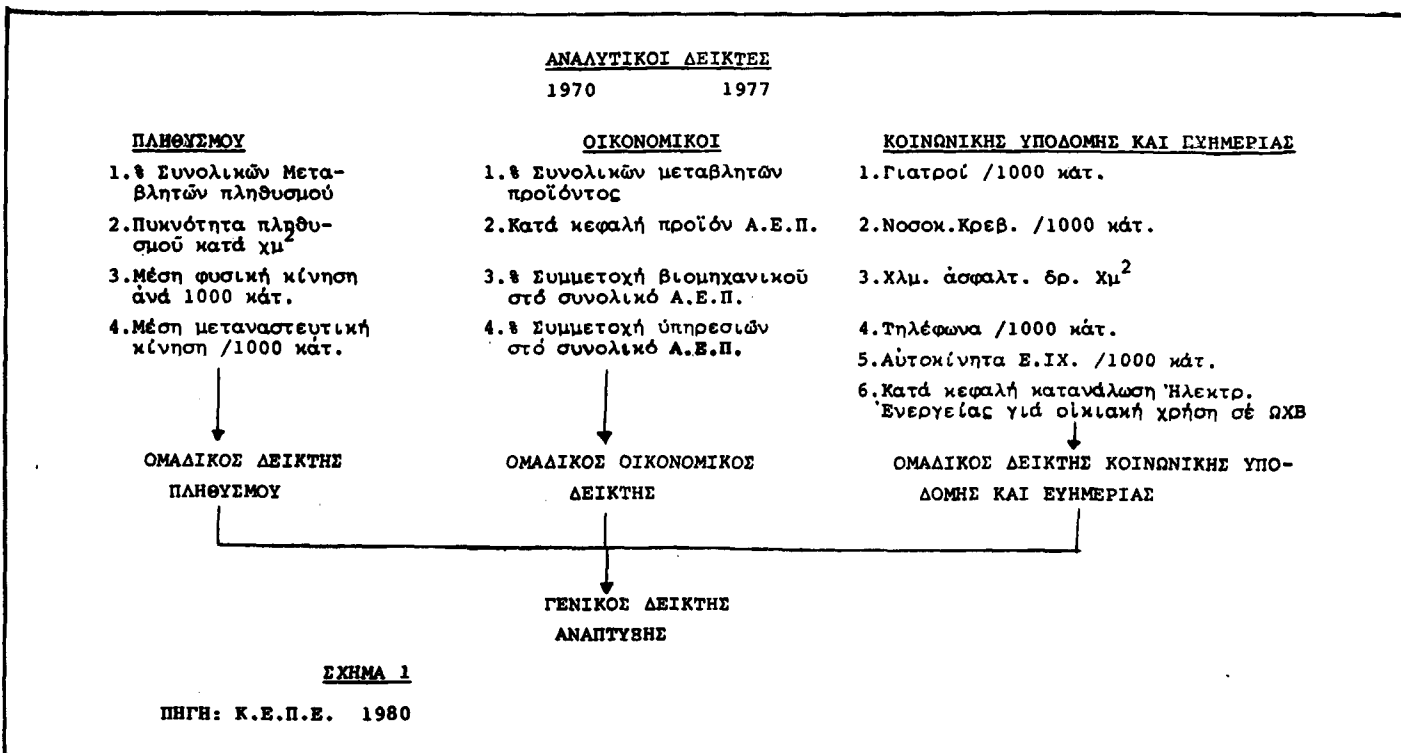
ση στην περιφερειακή κατανομή των προτυποποιημένων, ως προς την ηλικία, ποσοστών των ατόμων που νοσηλεύθηκαν σαν συνέπεια κάποιας ψυχικής αρρώστιας. Δηλαδή βρέθηκαν νομοί να παρουσιάζουν αρκετά μεγαλύτερα ποσοστά ασθενών που είχαν νοσηλευθεί σ' ένα χρόνο, σε σύγκριση με άλλους νομούς. Γνωρίζοντας τις περιφερειακές οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες της χώρας, θελήσαμε να διερευνήσουμε την τυχόν σχέση τών περιβαλλοντικών αυτών διαφορών και τών ποσοστών της νοσηλευτικής νοσηρότητας στο επίπεδο του νομού.

Σαν ενδεικτικά στοιχεία σύγκρισης της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε νομού, χρησιμοποιήθηκαν πληθυσμιακοί, οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες και, τελικά, ένας Γενικός Δείκτης Ανάπτυξης (Γ.Δ.Α.) κάθε νομού. Οι δείκτες αυτοί έχουν καταρτιστεί από την ομάδα εργασίας για τα κίνητρα της περιφερειακής ανάπτυξης του Κ.Ε.Π.Ε. και βασίζονται σε στατιστικές πληροφορίες τών χρόνων 1970-1977.

Στο σχήμα 1 φαίνεται διαγραμματικά η προέλευση του Γενικού Δείκτη Ανάπτυξης από τις τρεις ομάδες αναλυτικών και ομαδικών δεικτών.

Λεπτομέρειες για την αντιπροσωπευτικότητα και την αξιοπιστία τών δεικτών, έχουν ήδη δημοσιευθεί (13).

Σύμφωνα με τη δική μας μεθοδολογία εφαρμόσαμε τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης κατά Pearson τών δύο ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίζοντας τόν συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient), έχοντας δεχθεί ότι η κατανομή τών συχνοτήτων τών τιμών κάθε μεταβλητής, είναι κατά προσέγγιση κανονική. Σαν πρώτη μεταβλητή επιλέχθηκε η τιμή του Γενικού Δείκτη Ανάπτυξης κάθε νομού, ενώ σαν δεύτερη μεταβλητή



θεωρήθηκε τό ποσοστό (προτυποποιημένο ως προς τήν ηλικία) τών ατόμων πού νοσηλεύθηκαν σέ ψυχιατρεία καί πού ήταν γεννημένοι ή κάτοικοι σέ κάθε νομό. Οί συσχετίσεις έγιναν σύμφωνα με τρεις νοσολογικές κατηγορίες (όλες οί διαγνώσεις, σχιζοφρενικές καί συναισθηματικές ψυχώσεις), τό φύλο, τόν τόπο γέννησης καί μόνιμης κατοικίας. Οί 51 νομοί τής χώρας διαιρέθηκαν σέ τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα μέ τό βαθμό του Γενικού Δείκτη 'Ανάπτυξης.

Οί Πίνακες 1 καί 2 παρουσιάζουν τούς συντελεστές συσχετίσεων μεταξύ τών τιμών του Γ.Δ.Α. καί τών ποσοστών τών ατόμων πού νοσηλεύθηκαν καί ήσαν κάτοικοι ή γεννημένοι στόν αντίστοιχο νομό (τέσσερις κατηγορίες τών νομών). Φαίνεται μιά στατιστικά σημαντική άρνητική συσχέτιση μεταξύ τών τιμών του Γ.Δ.Α. καί τών ποσοστών τών άνδρών καί γυναικών πού νοσηλεύθηκαν γιά όλες τίς διαγνωστικές κατηγορίες γιά σχιζοφρενικές συναισθηματικές ψυχώσεις καί ήσαν κάτοικοι νομών μέ χαμηλό Γενικό Δείκτη 'Ανάπτυξης (Πίνακας 1).

Πράγματι οί νομοί αυτοί παρουσίασαν καί τά ύψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας, όπως, π.χ., οί νομοί Γρεβενών, Εύρωτα-

νίας, Καρδίτσας, Λευκάδας κλπ.

'Αντίθετα από τίς υπόλοιπες κατηγορίες νομών, στους νομούς μέ μέτριο Γ.Δ.Α. βρέθηκε μιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τών ποσοστών τών άνδρών όλων τών διαγνωστικών κατηγοριών καί σχιζοφρενικών ψυχωσικών πού νοσηλεύθηκαν καί τών τιμών Γ.Δ.Α. (Πίνακας 1)

Στόν πίνακα 2 παρουσιάζεται μικρότερος αριθμός στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων - πάλι στήν κατηγορία τών νομών μέ χαμηλό Γ.Δ.Α. - μεταξύ τών ποσοστών τών άνδρών καί τών γυναικών όλων τών διαγνωστικών κατηγοριών καί τών άνδρών σχιζοφρενικών ψυχωσικών πού νοσηλεύθηκαν καί τών τιμών του Γ.Δ.Α. τών νομών αυτών στους οποίους τά άτομα αυτά ήσαν μόνιμοι κάτοικοι. Στήν κατηγορία τών νομών μέ μέτριο Γ.Δ.Α., παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τών ποσοστών τών άνδρών πού βγήκαν από όλα τά ψυχιατρεία τής χώρας (όλες οί διαγνώσεις σχιζοφρενικές καί συναισθηματικές ψυχώσεις) καί τών τιμών τής κατηγορίας αυτής.

Τό συμπέρασμα από όλα αυτά τά ερήματα πού μπορεί νά βγει είναι ότι περιοχές μέ χαμηλή κοινωνική οικονομική ανά-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Συντελεστές συσχετίσεων (Pearson Correl. Coefficients) μεταξύ τιμών του Γενικού Δείκτη 'Ανάπτυξης καί έτήσιων προτυποποιημένων ως προς τήν ηλικία ποσοστών ατόμων πού νοσηλεύθηκαν σέ όλα τά ψυχιατρικά Ιερόματα δημόσια καί ιδιωτικά στήν Ελλάδα τό 1978 σύμφωνα μέ τό φύλο καί τόν τόπο μόνιμης κατοικίας.

Έτήσια Προτυποποιημένα ποσοστά ατόμων πού νοσηλεύθηκαν σ' όλα τά ψυχιατρεία	Νομοί (η:21) με χαμηλό Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:13) με μέτριο Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:11) με μέσο Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:6) με ύψηλό Γ.Δ.Α.
Όλες οί διαγνώσεις	Α 0.57** Γ 0.41*	0.76** 0.43	0.22 0.39	0.39 0.39
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	Α 0.61** Γ 0.37	0.60* 0.39	0.08 0.18	0.48 0.23
Συναισθηματικές ψυχώσεις	Α 0.27 Γ 0.23	0.61* 0.47	0.24 0.27	0.53 0.60

**R < 0.05

*R < 0.01

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συντελεστές συσχετίσεων (Pearson Correl. Coefficients) μεταξύ τιμών του Γενικού Δείκτη 'Ανάπτυξης καί έτήσιων προτυποποιημένων ως προς τήν ηλικία ποσοστών ατόμων πού βγήκαν από όλα τά ψυχιατρικά Ιερόματα δημόσια καί ιδιωτικά στήν Ελλάδα τό 1978 σύμφωνα μέ τό φύλο καί τόν τόπο γέννησης.

Έτήσια Προτυποποιημένα ποσοστά ατόμων πού νοσηλεύθηκαν σ' όλα τά ψυχιατρεία	Νομοί (η:21) με χαμηλό Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:13) με μέτριο Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:11) με μέσο Γ.Δ.Α.	Νομοί (η:6) με ύψηλό Γ.Δ.Α.
Όλες οί διαγνώσεις	Α 0.56** Γ 0.41*	0.64* 0.42	0.15 0.23	0.32 0.35
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	Α 0.62** Γ 0.43*	0.44 0.48	0.30 0.27	0.41 0.22
Συναισθηματικές ψυχώσεις	Α 0.24 Γ 0.46*	0.49 0.56*	0.20 0.28	0.35 0.29

**R < 0.05

*R < 0.01

πτυξη και δυσμενή πληθυσμιακά στοιχεία, παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα νοσηλευτικής ψυχιατρικής νοσηρότητας. Πριν από οποιαδήποτε συζήτηση και συμπεράσματα πρέπει να αναφερθούν τα προβλήματα αυτής της έρευνας:

1) Τα ποσοστά νοσηλευτικής νοσηρότητας βασίζονται στον αριθμό των ατόμων που βγήκαν από ψυχιατρικά ιδρύματα και όχι στα ποσοστά των πρώτων εισαγωγών κι αυτό γιατί η Ε.Σ.Υ.Ε. (τμήμα Υπουργείου Υγείας) στις εξόδους βασίζει το εθνικό στατιστικό της σύστημα της νοσηλευτικής κίνησης.

2) Τα ποσοστά της νοσηλευτικής νοσηρότητας άφορουν ένα μόνο χρόνο (1978). Ήδη συνεχίζεται η προσπάθεια για τη διερεύνηση της κατανομής των ποσοστών των εξόδων κατά το 1981.

3) Η έννοια «Νομός», περιλαμβάνει άστικές, ήμιαστικές και αγροτικές περιοχές με «ιδιομορφίες», που περικλείουν τον κίνδυνο της γενίκευσης των προβλημάτων όταν οι «ιδιομορφίες» δεν λαμβάνονται υπόψη.

Για την έρμηνεία των παραπάνω εύρημάτων διατυπώσαμε τέσσερις υποθέσεις. Σύμφωνα με την πρώτη, ο παράγοντας της γειννίας ψυχιατρικών υπηρεσιών μπορεί να επηρεάζει τα ποσοστά των εισαγωγών. Από προηγούμενες όμως μελέτες (14, 15) φαίνεται ότι: Οι νομοί που περιλαμβάνονται στην κατηγορία του 6 χαμηλού Γ.Δ.Α., δεν έχουν παρά ελάχιστες ή καθόλου ψυχιατρικές υπηρεσίες ή ψυχιάτρους, άρα η πρώτη υπόθεση απορρίπτεται.

Με βάση το δεδομένο της στενής σχέσης της χαμηλής κοινωνικής τάξης στη Δύση και των ψυχολογικών διαταραχών που όφειλονται σε stress σάν άπορροια της χαμηλής κοινωνικής θέσης του ατόμου, θεωρήσαμε ότι οι κάτοικοι των περιοχών με χαμηλό Γ.Δ.Α. εκτίθενται σε περισσότερα stress έρεθίσματα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, άρα μεγαλύτερη πιθανότητα ένδοσοκομειακής άγωγής. Μία όμως έκτεταμένη έρευνα υγείας σε εθνικό επίπεδο (δείγμα 4083 ύγιων ατόμων) από το Έθνικό Κέντρο Κοινωνικών Έρευνών, που περιέλαβε και δείγμα ατόμων κατοίκων προβληματικών περιοχών, έδειξε ότι τα άτομα που προέρχονταν από ήμιαστικές αγροτικές περιοχές παρουσίαζαν σε μικρότερο βαθμό ψυχοπαθολογία από ότι τα άτομα-κάτοικοι της Άθηνας και άλλων άστικών περιοχών (16). Έτσι και η δεύτερη υπόθεση μάλλον δεν εϋσταθεί ή το stress πρέπει να παίζει ένα ρόλο δευτερεύοντα.

Μία τρίτη υπόθεση, δηλαδή ότι η μεγάλη άπώλεια ένεργου πληθυσμού από τις προβληματικές, στις δεκαετίες 1950-1970, με αντίστοιχη την παραμονή σ' αυτές των ατόμων που για λόγους ψυχικής υγείας δεν τά κατάφεραν να φύγουν, μάλλον δεν πρέπει να ίσχύει, γιατί από την πρώτη φάση της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που νοσηλεύθηκαν και είχαν γεννηθεί σε αγροτικές περιοχές είχε μετακινηθεί σε άστικές περιοχές και στην Άθήνα.

Τέλος, μία τελευταία υπόθεση ίσως προσφέρει συζητήσιμη έρμηνεία. Η οικογένεια ενός ατόμου που νοσεί ψυχικά (για πρώτη ή δεύτερη ή περισσότερες φορές) και διαμένει σε μία περιοχή προβληματική (με χαμηλό δείκτη οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης) δεν έχει τις δυνατότητες 1) από τις άντικειμενικές τοπικές συνθήκες (δέν υπάρχουν υπηρεσίες έξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης, άκόμη κι αυτός ο ιδιώτης ψυχίατρος) και 2) από τη συγκεκριμένη οικονομική κατάσταση της ίδιας της οικογένειας, να κρατήσει το άρρωστο μέλος της

και καταφεύγει στη λύση του έγκλεισμού του στο ψυχιατρικό ίδρυμα. Αν δεχθούμε ότι η πλεοψηφία των κατοίκων ψυχικά άρρώστων μιας προβληματικής περιοχής καλύπτεται άσφαλίστικά από τον Ο.Γ.Α., προκύπτει ότι τά λίγα, αλλά τεράστια σε κρεβάτια, Δημόσια Ψυχιατρεία και οι μερικές έπαρχιακές ψυχιατρικές κλινικές δέχονται την πλειοψηφία των ψυχικά άρρώστων που προέρχονται από τους νομούς με χαμηλή κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι τό οικογενειακό και κοινωνικό ύποστηρικτικό σύστημα του ψυχικά άρρώστου και στη χώρα μας επηρεάζεται σημαντικά κάτω από τις περιβαλλοντικές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες με τις γνωστές περιφερειακές άνισότητες, που ιδιαίτερα στον τομέα της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών είναι κραυγαλέες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Dohrenwend B.P. Dohrenwend B.S. (1969) Social Status and Psychological disorders: A causal inquiry. New York, Wiley.
- 2) Dohrenwend B. (1974) Social and Cultural influences on Psychopathology. Annual Review of Psychology 25. 417-452.
- 3) Srole, L., Langner T. S., Michael S.T., Opler M.K. and Rennie T.A.C. (1962) Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan study. New York, McGraw Hill.
- 4) Brown G.W. and Harris T.O. (1978) Social Origins of Depression: A study of Psychiatric disorders in women. Tavistock, London.
- 5) Leighton D.C., Harding J.S., Macklin, D.B., McMillan A.M. and Leighton A.H. (1963) The character of danger (Stirling County Study Vol. 3) Basic books, New York.
- 6) Madianos M. (1983) Mental illness and Mental health services in Greece. Public Health Reviews. (Πρόκειται να δημοσιευθεί).
- 7) Furis R.E.L. and Dunham H.W. (1939) Mental disorders in urban areas Chicago. Univ. of Chicago Press.
- 8) Hollingshead A.B. and Redlich F.C. (1958) Social Class and Mental illness. New York.
- 9) Brenner M.H. (1973) Mental illness and the economy. Harvard Press, Cambridge Mass. -
- 10) Levy L., Rowitz L. (1973) The ecology of Mental disorder. New York, Behavioral Publications.
- 11) Marshall, J. and Funch D. (1979) Mental illness and the economy: A critique and partial replication, J.Helth. Social behavior 20, 282-289.
- 12) Μαδιανός Μ., Κουναλάκη Α., Μαδιανού Δ., Στεφανής Κ. (1983) Γεωγραφική κατανομή των σχιζοφρενικών άρρώστων στην Έλλάδα. Ίατρική 43.1-5.
- 13) Τό Σύστημα Κινήτρων Περιφερειακής και Οικονομικής Άνάπτυξης. Έκθεση Όμάδας Έργασίας Κ.Ε.Π.Ε. 1980.
- 14) Στεφανής Κ., Μαδιανός Μ. (1980) Διαπιστώσεις και προοπτικές για την περιφερειακή ανάπτυξη Ύπηρεσιών Ψυχικής Ύγείας. Ίατρική 38.4,241-249.
- 15) Stefanis C., Madianos M. (1981) Mental health Care delivery System in Greece. A critical overview in G. Christodoulou (Ed) Aspects of Preventive Psychiatry. Bibhotheca Psychiat. 160,78.
- 15) Μάδιανός Μ., Ζάρναρη Ο., (1983). Η έπικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4083 ατόμων άστικού και αγροτικού πληθυσμού. Έγκέφαλος 20,1. 9-15.