
PROFILUL EMIGRANTULUI ROMÂN CU AFECȚIUNI PSIHICE

ANA-MARIA VREMĂROIU¹, LIANA FODOREANU², IOANA MICLUȚIA²,
CODRUȚA POPESCU²

¹Clinica de Psihiatrie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

²Clinica de Psihiatrie, UMF "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

Rezumat

Introducere. Identificarea trăsăturilor populației expuse riscului de a face psihoze sau de decompensare a unei tulburări psihotice diagnosticate anterior, pornind de la observarea creșterii incidenței acestor afecțiuni la emigranții români.

Material și metodă. Au fost luați în studiu 61 de pacienți cu diagnosticul: tulburare psihotică acută, schizofrenie, alte tulburări din spectrul schizofreniei (conform criteriilor de diagnostic ICD-10), internați în Clinica Psihiatrie Cluj, care au fost evaluați conform chestionarului de migrație în scopul obținerii variabilelor demografice și clinice. Pentru evaluarea simptomelor clinice s-au folosit scalele PANNS și GAF. S-au urmărit: vârsta, statutul familial, suportul social, nivelul educațional, motivul plecării, tipul de muncă prestat în țară/străinătate, perioada de timp petrecută în străinătate, factorii de stres asociați.

Rezultate. Vârsta a fost între 26-35 ani la 45,9% dintre pacienți, 42,6 % au absolvit școli profesionale, 70,5% au provenit din mediul urban, neavând experiență de muncă. Majoritatea pacienților care au plecat singuri nu aveau o relație stabilă în țară ($p=0,012$). S-au obținut valori semnificative statistic între statutul familial și suportul social în străinătate, predominând subiecții necăsătoriți și neînsoțiți de partener ($p=0,022$). Pacienții care au absolvit o școală profesională au acuzat dificultăți financiare, comparativ cu absolvenții de liceu care au fost nemulțumiți de nivelul scăzut de trai din țară ($p<0,0001$). Un procent de 43,2% dintre cei care au plecat singuri în străinătate s-au îmbolnăvit în mai puțin de 6 luni, majoritatea regresând la nivel profesional ($p=0,01$).

Concluzii. Factorii care par a fi contribuit la apariția/decompensarea psihozelor sunt: nivelul educațional scăzut, dificultățile financiare, lipsa suportului familial, faptul că au regresat pe scara profesională.

Cuvinte cheie: emigrare, schizofrenie, factori de stres.

ROMANIAN PSYCHOTIC MIGRANT PROFILE

Abstract

The **aim** of this study is to identify the traits of the risk population based on the increased incidence of psychosis among Romanian migrant patients.

Patients and methods. 61 patients admitted to the Psychiatric Hospital Cluj-Napoca between January 2007- April 2010 diagnosed with: acute psychotic disorder, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders (according to ICD-10 diagnosis criteria) recently returned from abroad were evaluated using the scales PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale) and GAF (Global Assessment of Functioning) for the clinical symptoms and a migration questionnaire for the socio-demographic information. Age, family status, social support, educational level, reasons for leaving the native country, time spent abroad, stressors were evaluated.

Results. The mean patients' age is 33.7 years, 42.6% graduated vocational school, 57.4% had no previous experience abroad, 70.5% lived in urban areas and had no working experience. Of the patients without a partner in the foreign country,

76.5% do not have a stable relationship in the native country also ($p=0.012$). The percentage of disease is significantly increased in single and unaccompanied patients ($p=0.02$). The reason for leaving the country for those who graduated vocational schools was financial difficulties, compared with the ones who graduated high school, who complained about the low living standard ($p<0.001$). Of the unaccompanied 84% regressed professionally ($p<0.01$) and 43.2% got sick in less than six months.

Conclusion. The onset/relapse of psychosis are influenced by: low educational level, financial problems, lack of family support, professional regression.

Keywords: migration, schizophrenia, stress.

Introducere

Persoanele care emigrează experimentează stres sub diferite forme, acesta putându-le afecta starea de sănătate mintală prin pierderea normelor culturale, a obiceiurilor religioase și a suportului social, în timpul încercării lor de a se adapta la o nouă cultură și la alte standarde [1].

Migrația este un proces psiho-social caracterizat prin pierdere și schimbare, cunoscut în psihiatrie sub forma unui proces de doliu, căruia i se mai adaugă șocul cultural, discrepanța dintre așteptări și rezultate, precum și modul în care țara gazdă acceptă nou venitul [2,3].

Schimbările care au loc în timpul migrației sunt dintre cele mai complexe pe care le întâmpină omul de-a lungul vieții, pornind de la alimentație, familie, relații sociale, climă, limbă, cultură și statut social [3].

În ultimele două decenii, România se confruntă cu un adevărat exod al populației în afara granițelor, în căutarea unor condiții mai favorabile de viață. Peste o treime dintre gospodăriile țării, adică aproximativ două milioane și jumătate, au avut cel puțin unul dintre membri plecat în străinătate după 1989, iar la nivel de individ, ponderea persoanelor de 18-59 ani care au lucrat în afara țării după 1989 a ajuns la 12% [4].

Intensitatea fenomenului s-a accentuat în special după anul 2002, o dată cu liberalizarea circulației în spațiul Schengen pentru români. În anul 2007, fenomenul plecării temporare la lucru în străinătate a fost de aproximativ trei ori mai crescut decât în 2002. În ultimii cinci ani, românii au ales ca destinație în procent de 50% Italia și 25% Spania [4].

La început, nucleul plecărilor a fost reprezentat de bărbații căsătoriți, absolvenți ai unei școli profesionale sau liceu, provenind din mediul urban. Ulterior procentul femeilor s-a triplat, sătenii ajungând să îi egaleze pe orășeni, ponderea emigranților necăsătoriți a crescut de peste patru ori, iar cea a absolvenților de gimnaziu de peste opt ori. Atât în mediul urban, cât și rural, se afirmă tot mai mult categoria emigranților din rândul tinerilor de 15-29 ani. Cea mai mare parte a emigranților apreciază că experiența, abilitățile de muncă dobândite în România au fost folosite foarte puțin sau destul de puțin la primul loc de muncă în țara gazdă [4]. Munca ilegală este practică mai ales de

către menajere (78%) și de către agricultori (56%).

Studiul de față pornește de la observarea clinică a creșterii psihozelor, debutate la românii plecați temporar la muncă sau cu burse de studiu în străinătate, precum și a episoadelor de decompensare la pacienții psihici diagnosticați anterior plecării, în țară.

Obiectiv

Identificarea populației expusă riscului de a dezvolta boli psihice și realizarea unui profil al emigrantului psihic român, cu scopul de a preveni îmbolnăvirile.

Material și metodă

Au fost evaluați 61 pacienți internați în Clinica de Psihiatrie Cluj-Napoca în perioada ianuarie 2007 - aprilie 2010 și diagnosticați conform ICD-10 cu tulburare psihică acută și alte tulburări din spectrul schizofreniei, recent întorși de la muncă sau studii din străinătate. Includerea pacienților în studiu s-a făcut după obținerea acceptului comisiei de etică a UMF „I. Hațieganu” Cluj și a acordului informat al pacientului. Criteriile de excludere: pacienții cu psihoze induse de substanțe psihoactive, cu rude plecate temporar în străinătate sau cu alte tipuri de afecțiuni psihice.

Subiecții au fost evaluați folosindu-se scalele PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale) și GAF (Global Assessment of Functioning) pentru simptomele psihice și un chestionar de migrație omologat de Facultatea de Sociologie pentru variabilele demografice și clinice. S-au urmărit: vârsta, statutul familial, suportul social, nivelul educațional, motivul plecării, tipul de muncă prestat în țară / străinătate, perioada de timp petrecută în străinătate, factorii de stres asociați. **Prelucrarea statistică** a datelor s-a realizat cu aplicația SPSS varianta 13.0. Diferențele statistice între variabilele demografice s-au obținut folosindu-se testul Pearson Chi-square și Phi and Cramer's V. Au fost considerate semnificative statistic valori ale $p<0.05$ cu interval de încredere de 95%.

Rezultate

Lotul este format din 51 bărbați și 10 femei, majoritatea provenind din mediul urban (70,5 %). Vârsta medie a subiecților în momentul luării în studiu este de 33,7 ani. Un procent de 57,4% sunt la prima plecare din țară; doar 4,9% au experiență în străinătate, emigrând în mai multe

țări și luând contact cu diverse culturi. Țara în care pacienții au fost plecați cel mai frecvent este Spania, 45,9%, fiind urmată la mare distanță de Italia, Anglia și Statele Unite ale Americii. Diagnosticul de tulburare psihotică acută este întâlnit la 44,3% dintre cazuri, fiind urmat îndeaproape de schizofrenie paranoică (39,3%). Un număr de 35 (57,4%) pacienți au suferit un singur episod psihotic, necesitând până în prezent o singură internare.

Se diferențiază două categorii de pacienți: cu primul episod în afara țării (70,5%) și cu primul episod în țară și recăderi în afara țării (29,5%). Doar 18 pacienți (29,5%) au fost internați și tratați pentru o perioadă scurtă de timp în țara în care au emigrat.

Grupa de vârstă care predomină este cuprinsă între 26-35 ani, pacienții având ca și diagnostic principal tulburare psihotică acută. La cei cu vârsta peste 36 ani predomină schizofrenia paranoică, dar și alte diagnostice precum tulburare schizoafectivă și tulburare afectivă bipolară cu simptome psihotice ($p < 0.04$).

Ca și statut familial, 54,1% dintre pacienți sunt necăsătoriți și 11,5 % sunt divorțați. Cei cu vârsta sub 25 ani sunt toți necăsătoriți, comparativ cu cei cu vârsta peste 36 ani, la care predomină cei căsătoriți, dar există și un procent destul de crescut în rândul celor divorțați ($p < 0.02$). În grupa majoritară predomină cei necăsătoriți (Fig. 1).

Există diferențe statistice semnificative între vârsta la debut și antecedentele heredocolaterale psihiatrice pentru categoria cu vârste cuprinse între 19 și 25 ani ($p < 0.04$). Nu s-au obținut semnificații statistice în ceea ce privește vârsta la debut și antecedentele personale patologice.

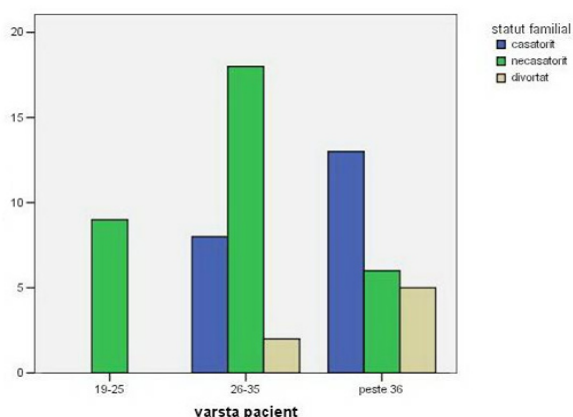


Fig. 1. Relația între vârsta la debutul afecțiunii și statutul familial.

Subiecții luați în studiu sunt necăsătoriți într-un procent de 54,1% și căsătoriți 34,4%. Indiferent de statutul marital, 74,5% au plecat singuri, lipsa suportului familial în străinătate corelându-se cu îmbolnăvirea ($p < 0,02$). Dacă lipsa unui partener reprezintă un factor de risc pentru boli psihice, prezența unei rude de gradul întâi nu reprezintă factor de protecție. În plus, cei fără partener au regresat la nivel profesional, prestând meserii necalificate, cu un grad

scăzut de siguranță ($p = 0.01$). Timpul petrecut în străinătate înainte de îmbolnăvire este sub 6 luni în cazul celor neînsoțiți, comparativ cu majoritatea celor însoțiți care s-au îmbolnăvit într-un interval cuprins între 1 și 5 ani (Fig. 2).

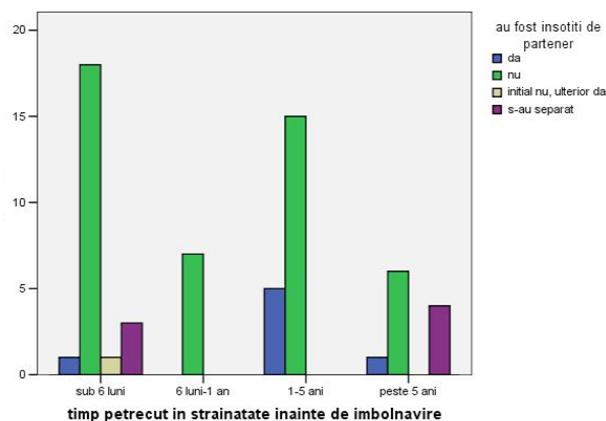


Fig. 2. Relația între timpul petrecut în străinătate înainte de îmbolnăvire și suportul familial.

Referitor la mediul de proveniență și tipul de muncă prestată în țară, cei din mediul urban care emigrează au fost fie muncitori calificați, studenți sau înalt calificați, spre deosebire de cei din mediul rural, care au prestat meserii calificate și necalificate ($p < 0.001$).

Nivelul educațional este de școală profesională în 42,6% dintre cazuri. Pacienții proveniți din mediul urban au o gamă mai variată la nivel educațional, având studii superioare și liceale, dar și profesionale, comparativ cu cei din mediul rural unde predomină studiile profesionale. Independent de mediul de proveniență, tipul meseriilor prestate în țară au fost calificate ($p < 0.02$).

În străinătate cei mai mulți pacienți, atât din mediul urban cât și rural, au regresat la munci necalificate, cu excepția celor cu studii superioare care au prestat meserii înalt calificate, atât în țară, cât și în țara gazdă (Fig. 3).

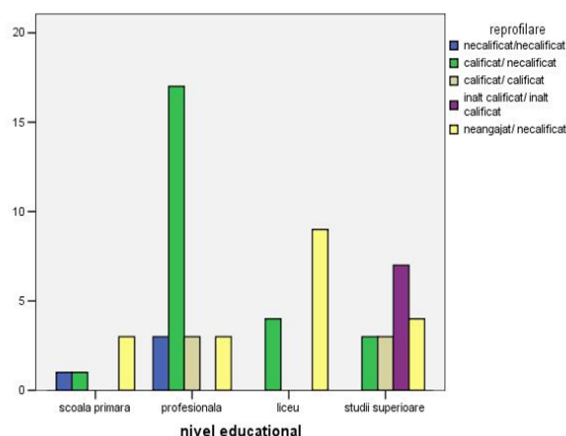


Fig. 3. Relația între nivelul educațional și tipul de muncă prestată în țară /străinătate.

Motivul emigrării variază de la dificultăți materiale în cazul subiecților cu un nivel educațional limitat la școală primară sau școală profesională și nivel scăzut de trai, la ofertă bună de muncă, bursă sau reîntregire familie pentru cei cu studii superioare ($p < 0.001$). Factorii de stres cu care se confruntă pacienții evaluați se egalizează în străinătate, independent de gradul de educație (Fig. 4).

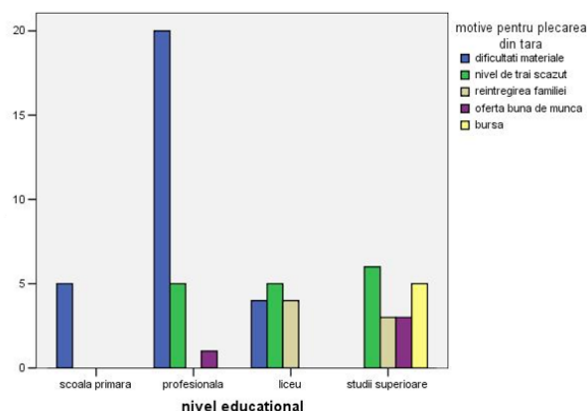


Fig. 4. Relația între nivelul educațional și motivul plecării din țară.

Discuții

Vârsta medie de debut a psihozelor în acest studiu este mai avansată (33,7 ani), comparativ cu vârsta medie a debutului în schizofrenie care este 21,4 ani în cazul bărbaților și 26,4 ani pentru sexul feminin [5]. Aceste diferențe se pot datora faptului că noi am evaluat și pacienți cu alte diagnostice, precum tulburare schizoafectivă și tulburare afectivă bipolară - care debutează la o vârstă mai avansată. Altă explicație ar consta în etiologia pluri-factorială a schizofreniei, un individ putând fi purtătorul unei predispoziții genetice, dar această vulnerabilitate se exprimă doar în prezența unor factori de mediu (în cazul nostru emigrarea), care ar putea produce mutații sau ar influența expresia genetică [5]. Lipsa unui partener de viață care să însoțească emigrantul este un factor de risc important. Dintre cei singuri, 84% au regresat la nivel profesional și 43,2% s-au îmbolnăvit în mai puțin de 6 luni. Statutul marital este puternic asociat cu incidența, vârsta la debut, evoluția și prognosticul în schizofrenie. Majoritatea bărbaților sunt singuri la primul episod (68%), comparativ cu femeile (39%). Riecher-Rossler și colab. au găsit un risc de 12 ori mai mare la bărbații necăsătoriți de a dezvolta această afecțiune, comparativ cu cei căsătoriți și de 3,3 ori în cazul femeilor singure [6].

Pacienții schizofreni, care sunt căsătoriți sau au o relație stabilă, dezvoltă forme mai ușoare de boală (6). Dificultatea în menținerea unor relații personale apropiate este asociată unui risc relativ de 30,7 de a dezvolta schizofrenie conform unui studiu realizat de Malmberg și colab. [7].

Majoritatea pacienților provin din mediul urban,

au studii mai avansate, nefiind obișnuiți cu munca fizică, comparativ cu cei din mediul rural, care au un nivel educațional scăzut, dar au mai multă experiență în câmpul muncii. Peste jumătate dintre pacienți sunt la prima lor experiență în străinătate. Indiferent de mediul de proveniență, cei mai mulți regresează la nivel profesional, prestând meserii nesigure care îi suprasolicitează fizic.

Rezultate parțiale ale acestui studiu de doctorat au fost prezentate în format poster la Congresul European de Neuropsihofarmacologie, 2010 pe un lot de 51 pacienți, demonstrându-se că inegalitățile sociale, separarea familială, lipsa experienței într-un domeniu de muncă, suprasolicitarea fizică și procesul migrator în sine pot crește riscul pentru boli psihice [8].

Un studiu de metanaliză a arătat că bărbații sunt mai predispuși decât femeile, cu un raport al incidenței de 1,4; emigranții față de populația băștinașă de 4,6 ori și indivizii din zonele urbane față de cei din zone rurale de aproximativ 2 ori [9]. Alt studiu de metanaliză nu relevă diferențe în ceea ce privește repartitia pe sexe la populația de emigranți [10]. Lotul luat în studiu nu este similar din punct de vedere al repartitiei pe sexe, dar se va avea în vedere egalizarea lotului pentru a se compara datele cu cele din literatură.

Într-un studiu realizat în anul 2007 s-au evaluat emigrantele de origine română reîntoarse în țară cu afecțiuni psihice și internate în Clinica de Psihiatrie II Cluj-Napoca, urmărindu-se dacă se încadrează unui anumit profil și costurile necesare spitalizării acestora [11].

Concluziile studiului au fost că majoritatea pacienților erau tinere, necăsătorite, fără experiență și fără relații în străinătate, prestau meserii necalificate și nesigure. Ca și durată, spitalizarea pacienților români care au emigrat în altă țară a fost mai scurtă decât cea a pacienților nonimigranți [11].

Concluzii

Subiecții au un nivel educațional scăzut, dificultăți financiare, nu au suport familial, au regresat pe scară profesională, provin din mediul urban, nu sunt obișnuiți cu munca fizică și nu au acces la serviciile medicale în străinătate.

Bibliografie

1. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005; 4:18-24.
2. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:243-258.
3. Fearon P, Kirkbride J, Morgan C, et al. Patterns of psychosis in black and white minority groups in urban UK: the AESOP study. *Schizophr Bull*. 2005;31:222.
4. Dumitru S, Bleahu A, Grigoras V, Mihai A. Locuirea temporara in strainatate: Migratia economica a romanilor:1990-2006. Fundatia Soros Romania. 2007. Available from: URL: http://www.soros.ro/ro/fisier_acord_articole.php?document=354
5. Fodoreanu L. Elemente de diagnostic si tratament in psihiatrie. Ed.Medicala Universiatară "Iuliu Hatieganu", Cluj-Napoca, 2006,

244-260.

6. Hirsch SR, Weinberger DR. **Schizophrenia** Second edition. Blackwell Publishin. 2003; 614.

7. Malmberg A, Lewsi G, David A, Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172, 308-313.

8. Vremarioiu AM, Fodoreanu L, Miclutia I, Popescu C. Peculiarities of psychotic migrant Romanian patients. *European Neuropsychopharmacology* 2010; 3: 453

9. Saha S, Welham J, Chant D, McGrath J. Incidence of

schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006; 41(5) :338-40.

10. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004;2:13.

11. Micluția I, Junjan V, Popescu CA, Tigan S. Migration, mental health and costs consequences in Romania. *The Journal of Mental Health and Costs Consequences in Romania* 2007;10:43-50.