

Marzena Kruk

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,

Zaburzenia psychiczne migrantów – analiza socjologiczna**Streszczenie**

Współczesne procesy migracyjne, które obejmują coraz większą grupę osób, nie tylko przyczyniają się do zmian w strukturach społecznych państw, gospodarce i przestrzeni społecznej, ale ich skutki dotyczą przede wszystkim samych migrantów. Zdrowie psychiczne należy do najważniejszych czynników warunkujących prawidłowe funkcjonowanie zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w społeczeństwie. Problemy zdrowia psychicznego dotyczą szczególnie migrantów, którzy z uwagi na doświadczanie zmian, problemów i stresu narażeni są na pojawienie się różnego typu zaburzeń psychicznych. Migranci należą do grupy o podwyższonym ryzyku zachorowalności z uwagi na szereg zmian jakich doświadczają i często negatywnych skutków migracji. Epidemiologia wskazuje na wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród migrantów, co świadczy o skali problemu. Konieczność podejmowania działań profilaktycznych, jak i dostępu do leczenia, leży nie tylko po stronie państwa, które migrant opuszcza, ale także społeczeństwa przyjmującego. Niestety niewiele jest działań podejmowanych w celu poprawy i ochrony zdrowia psychicznego wśród różnego typu migrantów.

Słowa kluczowe: migranci, procesy migracyjne, zdrowie psychiczne, zaburzenia psychiczne, profilaktyka

Zaburzenia psychiczne w ujęciu socjologicznym

Literatura przedmiotu i praktyka kliniczna posługują się najczęściej dwiema klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych¹. Pierwsza klasyfikacja jest stosowana czę-

¹ Autorzy DSM-IV, którzy do nazewnictwa poszczególnych kategorii diagnostycznych wyodrębnionych w tej klasyfikacji stosują również termin „zaburzenie” (*disorder*), zwracają jednocześnie uwagę, że termin ten nie ma zadowalającej definicji operacyjnej – dotyczy to zarówno jego znaczenia, jak i granic, które mogą być rozpatrywane w różnych kontekstach, np. niesprawności, przyczyn, obrazu klinicznego, statystycznego odchylenia od normy. Zaburzenie psychiczne w DSM-IV jest definiowane jako „pojawiający się u jednostki syndrom lub wzorzec zachowania albo wzorzec psychiczny mający znaczenie kliniczne, związany w chwili występowania z odczuwanym cierpieniem (bolesnym symptomem) bądź upośledzeniem (zakłóceniem w co najmniej jednym ważnym obszarze funkcjonowania) lub z istotnie zwiększonym ryzykiem śmierci, bólu, inwalidztwa, albo też poważnym ograniczeniem swobody działania”.

ściej w Europie: Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*). Druga klasyfikacja to Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual – DSM*), Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (od 1994 roku używa się czwartej edycji DSM-IV), która grupuje zaburzenia na podstawie obserwowanych cech i objawów (zob. Pużyński 2007, s. 308). Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) na osi czwartej i piątej stan zdrowia pacjenta jest oceniany na podstawie dwóch nowo skonstruowanych skal psychospołecznych, z zastosowaniem względnie zobiektywizowanych i zunifikowanych wskaźników, które umożliwiają stawianie bardziej rzetelnych, porównywalnych i wiarygodnych diagnoz. W ramach osi czwartej występuje skala problemów psychospołecznych i środowiskowych – *Psychosocial and Environmental Problems*. Na osi piątej dodatkowa diagnoza częściowa stanu pacjenta jest dokonywana za pomocą skali globalnej oceny jego funkcjonowania psychospołecznego we wzajemnej zależności ze stopniem ostrości zaburzeń psychicznych – od jej braku do stanu ostrej psychozy – *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF Scale). Skala GAF szacuje funkcjonowanie psychologiczne, społeczne i zawodowe na empirycznym kontinuum stopni: od zdrowia psychicznego do ostrej fazy choroby psychicznej. Trudności sformowania klarownej definicji choroby, wynikające z konieczności połączenia ze sobą podejścia obiektywizującego z doświadczeniem choroby, możemy również odnaleźć we współczesnych klasyfikacjach psychiatrycznych, gdzie definicja choroby nie jest podawana *explicite*, a raczej jest przywoływana w znaczeniach standardowych czy stereotypowych. Aby odróżnić zaburzenia psychiczne od społecznych dewiacji, w DSM używa się określenia „osobista lub indywidualna dysfunkcja”, ze względów pragmatycznych, aby ułatwić odgraniczenie czym jest norma, a czym jest już patologia.

W publikacjach naukowych również zanika termin „choroba psychiczna”, a jego miejsce wypełnia określenie „zaburzenie” (*disorder*), które zaczyna pełnić nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria kliniczna (Pużyński 2007, s. 304). Kwalifikowanie pewnych zaburzeń jako chorób psychicznych wiąże się często ze stereotypami i uprzedzeniami, dlatego coraz częściej postuluje się rezygnację z użycia tego określenia (tj. choroba psychiczna) i poprzestanie na mniej obciążającym, pozbawionym negatywnych konotacji określeniu: zaburzenia psychiczne (Pużyński 2007, s. 304).

Historycznie i współcześnie występowały i występują trzy koncepcje rozumienia choroby psychicznej, uzależnione od ontologicznej wizji człowieka: 1. dualistyczna koncepcja niezależnej sfery psychicznej i biologicznej człowieka, której konsekwencją jest psychiczny albo somatyczny model choroby psychicznej; 2. monistyczna, głosząca współzależność sfery psychicznej i fizycznej, w której tworzy się psychosomatyczny model choroby psychicznej, oraz 3. holistyczna, czyli systemowa, akcentująca współzależność czynników psychicznych, biologicznych i społecznych (Brodniak 2000, s. 23).

W analizie socjologicznej w definiowaniu zaburzeń psychicznych wypukła się czynnik społeczny. Zasadę tę zastosował m.in. socjolog Talcott Parsons, który w swojej pracy *Struktura społeczna a osobowość* uznał, że zasadnicze kryterium istnienia choroby psychicznej należy odnieść do społecznego pełnienia ról przez jednostkę (1969, s. 322). Zdefiniował on zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje

optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji (Parsons 1969, s. 340). Prosta konsekwencją tego ujęcia stało się postrzeganie choroby psychicznej jako pewnej dysfunkcji w pełnieniu ról społecznych, zbiór nieprzystosowań, określonych jako niezdolność jednostki do pewnych działań w sytuacjach społecznych. W ujęciu Parsonsa choroba psychiczna jest formą zaburzeń funkcjonowania społecznego, bez odniesienia do specyficznych zaburzeń somatycznych (1969, s. 158). W socjologicznym opisie choroby psychicznej operuje się więc pojęciem dysfunkcji, dezorganizacji, anomii, dewiacji społecznej lub dewiacji psychicznej² (zob. Brodniak 2000, s. 23). Analizie poddaje się zdolności adaptacyjne człowieka do zmieniających się warunków, przystosowanie jednostki do norm kultury lub szerzej – do środowiska społecznego i materialnego, w którym żyje, internalizację norm w procesie socjalizacji, umiejętność współżycia w grupie i prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych i ich efektywnego pełnienia oraz zachowanie się konformistyczne lub dominujące statystycznie w danej grupie społecznej (Brodniak 2000, s. 23). Równocześnie dostrzega się, że normy są tak znacznie zróżnicowane kulturowo, że definiowanie dewiacji zawsze uzależnione jest od danej kultury i nie ma zachowania dewiacyjnego, które byłoby powszechnie potępiane (Brodniak 2000, s. 34). Normatywne definicje zdrowia psychicznego, jak i definicje choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego, są konstruowane na podstawie trzech typów norm: medycznych, społeczno-kulturowych i moralnych (Brodniak 2000, s. 34).

Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych można badać i oceniać, korzystając z pięciu następujących kategorii analizy (Brodniak 2004, s. 65):

- 1) społecznego i medycznego wymiaru diagnozy psychiatrycznej i jej wpływu na przebieg zaburzeń psychicznych, stereotypów, roli chorego psychicznie, instytucji leczenia oraz opieki psychiatrycznej w aspekcie naznaczenia i stygmatyzacji społecznej,
- 2) społecznego kontekstu rozpowszechnienia i postrzegania zaburzeń psychicznych w świadomości społecznej,
- 3) dostępności do leczenia,
- 4) czynników przyspieszających i wyzwalających występowanie zaburzeń psychicznych, oraz
- 5) w kategoriach analizy kulturowo uwarunkowanych zespołów zaburzeń psychicznych.

Wpływ migracji na zdrowie psychiczne

Wprawdzie procesy patologiczne toczą się wewnątrz psychiki danej jednostki, jednak jedną z podstaw określenia, czy dana osoba jest chora psychicznie, są kryteria socjologiczne (Brodniak 2004, s. 48). W społecznym kontekście zaburzenia psychiczne są postrzegane jako znacząca dewiacja (odchylenie) od standardów zachowań uznawanych przez większość ludzi w danej grupie lub społeczeństwie za

² Na gruncie socjologii można wskazać różne ujęcia problematyki zachowań dewiacyjnych: dewiacja jako czynnik dezintegracji, dewiacja jako zjawisko wyuczone, dewiacja jako trwały element życia społecznego oraz interpretatywne koncepcje dewiacji (zob. Synowicz-Piłat 2002, s. 83).

normalne. W analizie stanu zdrowia psychicznego migrantów należy więc odwołać się do społeczno-kulturowego aspektu migracji. Migranci stanowią bardzo różnorodną grupę i zawsze należy brać pod uwagę kontekst przyczyn emigracji, odległość od kultury rodzimej, jej status prawny (migracja legalna czy nielegalna³) itp.

Migracja jest procesem, który niesie ze sobą wiele zmian zarówno w sferze przestrzeni geograficznej, jak i społecznej migrantów. W socjologii definiuje się ją najogólniej jako zmianę miejsca w strukturze społecznej i określa mianem migracji pionowej, albo jako zmianę miejsca zamieszkania, wówczas określaną jako migracja pozioma (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 29). Inny podział migracji dotyczy czasu jej trwania i tu wyróżnia się migrację: stałą (z planami i intencją pozostania), czasową, okresową i sezonową. Niewątpliwie w zależności od okresu trwania migracji, od poszczególnych jej etapów, mogą występować różne rodzaje zysków i strat oraz odmienne ich poziomy (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 29).

Jednym z poziomów analizy decyzji o migracji jest poziom normatywny, poziom zinstytucjonalizowanych ról, oczekiwań i zachowań. Obejmuje on normy, reguły i instytucje związane z funkcjonowaniem w określonej przestrzeni społecznej (Germani 1965, s. 161). Zaobserwowano, że jeżeli ludzie, którzy mają jakąś szczególną cechę, żyją w środowisku, gdzie ta cecha jest mało popularna, to częściej doświadczają zaburzeń psychicznych, co oznacza, że dyskryminacja nie pozostaje bez wpływu na zdrowie psychiczne. Próbą operacjonalizacji zależności między doświadczaną dyskryminacją, a funkcjonowaniem psychicznym był zaproponowany przez Crossa model *Rozwoju Tożsamości Afroamerykanina*. Także Veling⁴ i współautorzy, powołując się na dane sugerujące, że właśnie dyskryminacja jest czynnikiem decydującym o występowaniu zależności pomiędzy tożsamością grupową, a podatnością na zachorowanie, donoszą, że negatywna tożsamość grupowa koreluje z większym ryzykiem wystąpienia schizofrenii (za: Kucharska 2012, s. 456).

Psychospołeczne konsekwencje migracji

Kryzys tożsamości migranta

Specyficzna sytuacja społeczna, w jakiej znajduje się osoba migrująca, a szczególnie zderzenie z nową przestrzenią społeczną i „porzucenie” swojego pierwotnego miejsca, zwłaszcza środowiska rodzinnego, lokalnego, sprawia, że migrant czuje się w pewien sposób wyobcowany. Nie oswoił się z nową kulturą i nie uczestniczy w starej, co skutkuje kryzysem tożsamości. Liminalność tożsamości prowadzi także do głębokich zaburzeń czasu biograficznego. Negowanie w ramach wartości społeczności przyjmującej norm, wzorów, sposobu i stylu dotychczasowego życia może

³ Biorąc pod uwagę fakt, że legalność pobytu za granicą (a dodatkowo legalność i nielegalność podejmowanej pracy) nie zawsze odpowiada deklarowanym przez wyjeżdżającego celom wyjazdu, możemy wyróżnić trzy sytuacje: pierwsza, gdy wyjazd i praca są legalne, druga, gdy wyjazd jest legalny, ale praca nie jest legalna, i trzecia, gdy wyjazd i praca są nielegalne (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 30).

⁴ Przynależność do grupy etnicznej mniejszości poddanej dyskryminacji i negatywnym stereotypom została powiązana z występowaniem schizofrenii i zagrożeniem dla poczucia własnej wartości i tożsamości społecznej (Wittig i wsp. 2006, s. 1).

skutkować chęcią odrzucenia społeczności pochodzenia, zanegowania sensu życia w okresie przed migracją (Niedźwiedzki 2010, s. 148). Każdy kryzys pozostawia ślad na tożsamości, jednak wpływ kryzysu migracyjnego jest szczególnie głęboki, ponieważ dłuższe życie w innym kraju uruchamia procesy psychiczne, które swoim zasięgiem obejmują całą osobowość (Kubitsky 2012, s. 35).

Proces przystosowania do nowego środowiska często trwa długo i jest zależny od środowiska przyjmującego i uwarunkowań psychospołecznych migranta. Migranci wahadłowi wykazują niepokój związany z pobytem na migracji, mają obawy, czy podjęta decyzja o wyjeździe ze społeczności pochodzenia oraz jej dalsze konsekwencje nie okażą się życiowym błędem (Niedźwiedzki 2010, s. 148).

W warunkach liminalności społecznej dochodzi do kształtowania się specyficznej tożsamości. Dariusz Niedźwiecki zwraca uwagę, że migranci przyjeżdżają do nowej rzeczywistości, posiadając określoną autoidentyfikację i sposoby identyfikowania innych. W odmiennych warunkach kulturowych okazują się one nieadekwatne do oczekiwań i wymagań życia społecznego, a zatem koniecznością staje się rekonstrukcja tożsamości. Ważnym elementem tej rekonstrukcji jest nowa tożsamość zewnętrzna, z jaką styka się migrant wahadłowy. Zazwyczaj jest ona następstwem istniejących w społeczności przyjmującej stereotypów, które dotyczą cech społecznych i kulturowych reprezentowanych przez wędrowca (narodowości, etniczności, przynależności religijnej, wieku, rasy, płci itd.) oraz sposobu identyfikowania imigranta (Niedźwiedzki 2010, s. 145). W efekcie nowa tożsamość zewnętrzna zdecydowanie różni się od znanej z miejsca pochodzenia, a otoczenie społeczne jest kulturowo obce. Jak zauważa autor, jednostka otrzymuje od nowego środowiska sygnały, identyfikowane jako „szumy komunikacyjne”, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń „ja przedmiotowego”⁵, charakteryzowanego przez zasoby symboliczne umożliwiające interpretowanie rzeczywistości (Niedźwiedzki 2010, s. 145).

Całemu procesowi akulturacji towarzyszy specyficzny stres metapoznawczy, związany z koniecznością utrzymania kontroli poznawczej nad dwoma kontekstami – kontekstem kultury rodzimej oraz nowej. Związany z tym stres postrzegany jest jako jeden z czynników łączących akulturację ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń (Kucharska 2012, s. 455). Czy wolno nam postawić tezę, iż asymilacja kulturowa chroni przed występowaniem zaburzeń psychicznych? Nie jest to twierdzenie uprawomocnione, tym bardziej, iż badania nad wpływem akulturacji na zdrowie psychiczne dodatkowo komplikuje obserwacja, że to głównie zasymilowani imigranci zgłaszają się po pomoc psychiatryczną. Ci, którzy opierają się procesowi akulturacji, korzystają raczej z pomocy wewnątrz swojej grupy. Tym samym imigranci zintegrowani z nowym środowiskiem mogą być nadreprezentowani w psychiatrycznych statystykach (Kucharska 2012, s. 456).

Psychosomatyczne konsekwencje migracji

Migracja może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia imigrantów, jak i społeczeństwa kraju przyjmującego (*World Migration* 2005, s. 327). Już podczas

⁵ G.H. Mead (1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo* (tłum. Z. Wolińska). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 224.

pierwszej wielkiej fali migracji zarobkowej do Stanów Zjednoczonych zwrócono uwagę na zdrowie psychiczne migrantów. Badania przeprowadzone w 1840 roku wykazały wśród migrantów nieproporcjonalnie wysoki odsetek pacjentów psychiatrycznych. Ostatnio coraz częściej, w ramach problemów zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej poszczególnych krajów, zwraca się uwagę na zdrowie migrantów. W analizach uwzględniane są (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 91):

- stan zdrowia i specyfika objawów obserwowanych w trakcie migracji,
- poziom korzystania przez migrantów z opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym,
- porównanie stanu zdrowia populacji migrantów i populacji kraju przyjmującego,
- rozliczenie kosztów świadczeń medycznych między krajem przyjmującym i wysyłającym.

Emigracja często oznacza pozostawienie za sobą rodziny, przyjaciół i ustalonych kręgów społecznych, włącznie z usługami zdrowotnymi i socjalnymi, które pomagają budować odporność i zdrowie psychiczne. Niektórzy emigranci po przyjeździe do nowego kraju odczuwają swoisty „szok kulturowy”, co może mieć znaczący wpływ na ich zdrowie psychiczne. Muszą zaadaptować się do zmian, a na dodatek ich pochodzenie kulturowe może wpłynąć na to, jak interpretują, reagują na symptomy choroby psychicznej i jak sobie z nią radzą. Wystarczy wspomnieć, że w wielu środowiskach kulturowych choroba psychiczna nadal jest napiętnowana – chorzy są zmuszani do wyparcia się jej bądź podlegają całkowitemu wykluczeniu (*Zdrowie psychiczne...* 2007, s. 1).

Jednym z konstruktów teoretycznych, potencjalnie użytecznych w wyjaśnianiu zwiększonego ryzyka występowania zaburzeń psychicznych (w tym schizofrenii) u imigrantów, jest hipoteza społecznej dyferencjacji (SDH). Zaproponowana przez Ralfa Hoffmana teoria ta stara się wyjaśnić mechanizm powstawania objawów wytwórczych schizofrenii, wywodząc je od izolacji społecznej (za: Kucharska 2012, s. 453). Hoffman, powołując się na dane świadczące o zbieżności momentu wystąpienia pierwszych objawów wytwórczych z sytuacją społecznego odosobnienia (przeprowadzka do miejsca, gdzie nikogo się nie zna, samotna podróż, ograniczenie kontaktów społecznych związanych z pracą), postrzega izolację społeczną jako czynnik zwiększonego ryzyka wystąpienia schizofrenii u imigrantów (Kucharska 2012, s. 453). Argumentem wzmacniającym to założenie jest wspomniana obserwacja, z której wynika, że pozytywna korelacja między faktem przynależności do grupy mniejszościowej, a prawdopodobieństwem rozwinięcia się objawów psychotycznych jest silniejsza w przypadku mniejszości mało licznych (Kucharska 2012, s. 453).

Przyczyną stanów depresyjnych migranta są zatem wspomniane utraty, samotność, uczucie porzucenia i stres (Kubitsky 2012, s. 49). Imigranci są czasem bardziej podatni na izolację i depresję, ponieważ wielu z nich należy do mniejszej liczby grup towarzyskich w nowej ojczyźnie. Sfera emocjonalna to zarówno rozstanie z bliskimi, poczucie izolacji, konieczność zmierzenia się z nową, nie zawsze przyjazną sytuacją (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 92). Ogromny wpływ na samopoczucie migranta ma osamotnienie emigracyjne, zaliczane do kategorii osamotnienia emocjonalnego, jak i społecznego. Tego rodzaju spotęgowane osamotnienie, trwające zbyt długo, przeraża się w chroniczne osamotnienie i wyobcowanie (Kulmatycki, Łazowski 2005, s. 999).

Badania wykazują zwiększony stopień izolacji i depresji u wielu imigrantów w wieku starszym, a w niektórych grupach etnicznych – nawet większą częstotliwość samobójstw. Jest to związane głównie z ekstremalną izolacją, brakiem grup

wsparcia, barierami językowymi, nieodpowiednimi bądź niedostępnymi usługami zdrowotnymi i socjalnymi, niskim statusem społeczno-ekonomicznym oraz nagromadzonym stresem związanym z procesem emigracji. Negatywne skutki zmian zdrowotnych dotyczą również dzieci migrantów i wpływają szczególnie na stan zdrowia psychicznego.

W tak kryzysowej sytuacji jak emigracja zarobkowa, pod wpływem działania silnego stresu, zwłaszcza długotrwałego, zmianie ulega także system wartości, aby nie tylko umożliwić adaptację do nowej sytuacji, ale także na głębszym poziomie – doprowadzić do przebudowy struktur psychicznych w celu ich rozwoju (Rożnowski, Bryk 2008, s. 132). Czynniki otoczenia, które wpływają na skłonność do dezintegracji, determinują tym samym możliwości aktywnego rozwoju moralnego, społecznego, intelektualnego i estetycznego, co ma pewien wpływ na rozwój społeczeństwa (Dąbrowski 1979, s. 2). W dobie wzmożonych ruchów migracyjnych pojawia się również kryzys tożsamości migranta. Nowa tożsamość imigranta tworzy się w drodze stopniowego wrastania w nowe środowisko, powolnej adaptacji do nowej specyfiki kulturowej i w konsekwencji rosnącego utożsamiania się z nim i jego mieszkańcami. Tego rodzaju proces obejmuje przede wszystkim migrantów, którzy jednak w dużej mierze charakteryzują się tożsamością liminalną, a więc po części składającą się z warstw wywiedzionych ze swej pierwotnej ojcowizny, przykrytych powłoką świadomie kształtowanej nowej tożsamości związanej z aktualnie zajmowaną przestrzenią kulturową (Posern-Zielińska 2005, s. 15). Suma estymowanych wag zdarzeń stresogennych sięga progu alarmowego – zagrożenia życia (Rożnowski, Bryk 2008, s. 132⁶). Psychiatrzy, którzy opisywali wspólne symptomy stresu migrantów, nazwali je „zespołem stresu przewlekłego i wielokrotnego”. Stres prowadzi nie tylko do pogorszenia samopoczucia czy odczuwania dolegliwości zdrowotnych. Wskutek jego działania może dojść do głębokich zmian, a nawet do dezintegracji w sferze wartości człowieka, ponieważ długotrwały i silny stres prowadzi do kryzysu (Dąbrowski 1979, s. 2). Kryzys migracyjny, w odróżnieniu od innych kryzysów, charakteryzuje się dwiema cechami: zasięgiem strat oraz wpływem na tożsamość (Kubitsky 2012, s. 35). Struktura indywiduum może być mniej lub bardziej podatna na dezintegrację, może zatem być stymulowana przez stresy i ciężkie doświadczenia.

Tab. 1. Częstotliwość występowania dolegliwości w poszczególnych fazach związanych z migracją

Rodzaj dolegliwości	Przed wyjazdem	W trakcie	Po powrocie
Zaburzenia psychosomatyczne			
Zmęczenie	9,1	47,3	5,5
Zdenerwowanie	14,5	34,5	16,4
Rozdrażnienie	18,2	40,0	10,9
Bezsenność	9,1	18,2	7,3

⁶ Suma stresogennych wydarzeń w sytuacji emigracji zarobkowej, takich jak: zmiana warunków życia – 25, zmiana nawyków osobistych – 24, kłopoty z szefem, zmiana warunków pracy, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana rozrywek, zmiana w skali aktywności religijnej, zmiana nawyków dotyczących snu i jedzenia, wynosi 427 (opracowanie własne, za: A. Birch i T. Malim (1998). *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Warszawa: PWN; Rożnowski, Bryk 2008, s. 131).

Dolegliwości bólowe			
Bóle kości i mięśni	5,5	30,9	5,5
Bóle pleców	10,9	32,7	14,5
Bóle brzucha	3,6	7,3	7,3
Bóle głowy	9,1	9,1	3,6
Bóle w klatce piersiowej	3,6	7,3	3,6
Pozostałe			
Drętwienie kończyn	3,6	12,7	7,3
Zobojętnienie	5,5	3,6	1,8
Uścisk w klatce piersiowej	1,8	3,6	1,8
Biegunki	18,2	3,6	3,6

Źródło: Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158

Warto pamiętać, że depresja to nie to samo co zły nastrój. Obejmuje ona całego człowieka: sposób myślenia, uczucia i doświadczania świata (Menyweather-Woods 2011, s. 372). Depresja, na którą choruje większość migrantów jest depresją jedno-biegunową, którą dawniej nazywano reaktywną, czyli uwarunkowaną czynnikami środowiskowymi (Kubitsky 2012, s. 49). Główne niekorzystne zmiany zostały rozpoznane w sferze zaburzeń klasyfikowanych w literaturze jako zaburzenia psychosomatyczne, a oprócz zmęczenia traktowanego w kategoriach zmęczenia fizycznego i psychicznego, migranci doświadczają przede wszystkim stanów rozdrażnienia, zdenerwowania i bezsenności (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 157).

Najtrudniejszym i najbardziej wyczerpującym etapem kryzysu migracyjnego jest faza reakcji, ze względu na intensywność i różnorodność przeżyć migranta. Bywa, że reakcje na doświadczenia w nowym kraju są tak silne, iż odbiegają od przyjętych norm. Mamy wówczas do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają leczenia (Kubitsky 2012, s. 49). Skale oceniające funkcjonowanie psychospołeczne i ostrość problemów społecznych i stresorów społecznych w amerykańskiej diagnostyce (DSM-IV 1994) opierają się na takich pojęciach socjologicznych jak: normy, role i status społeczny, definiujących właściwe zachowania w określonych sytuacjach społecznych. Z badań wynika, że stany depresyjne uzależnione są od środowiska kulturowego, z którego wywodzi się emigrant. Okazuje się, że u osób spoza kręgu kultury zachodniej reakcje mają najczęściej naturę fizjologiczną, np. napięcie, bóle głowy, brak łaknienia, zaparcia. W reakcjach mieszkańców niektórych krajów azjatyckich uderza brak nastrojów przygnębienia, poczucia winy lub niższości, odosobnienia i marginalizacji (Kubitsky 2012, s. 83).

Stan badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych wśród migrantów

W świetle tak zarysowanej problematyki nie dziwi fakt, że w literaturze poświęconej zdrowiu coraz częściej używa się pojęć „choroba emigracyjna” lub „syndrom emigranta”, definiowanych jako „zespół chorobowy, charakteryzujący się występowaniem stanów depresyjnych mogących prowadzić nawet do samobójstwa,

objawiający się częstymi atakami płaczu, zwłaszcza na wspomnienie domu rodzinnego i dzieci, lękiem o przyszłość” (Misiak 1998, s. 271).

Modele analizujące tzw. stres migracyjny uwzględniają specyficzną sytuację zawodową emigranta, presję na sprawdzenie się, a jednocześnie na trudności dostosowania się do wymaganych zachowań w obcym miejscu pracy, następnie na problemy rodzinne – zarówno gdy rodziny nie ma na miejscu, jak i wtedy, gdy jest, problemy jednego z członków są przeżywane przez wszystkich. Migranci donoszą, że ich życie jest narażone na znacznie większe ryzyko, także w zakresie zdrowia fizycznego i somatycznego, ponieważ muszą przyzwyczać się do odmiennego klimatu, nowej diety i stylu życia, a to nie następuje bez trudności (Golinowska 2008, s. 21).

Wskaźnik hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych, jak też wskaźniki rozpoznania zaburzeń zdrowia psychicznego (np. schizofrenii, paranoi, alkoholizmu) wśród migrantów badanych w kraju przyjmującym są wyższe niż te odnoszące się do społeczeństwa kraju przyjmującego, jak i społeczeństwa kraju pochodzenia migrantów (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 92–93)⁷.

Światowe wskaźniki chorób oraz problemów psychiatrycznych są wysokie, a rosnąca skala procesów migracyjnych jednoznacznie przyczynia się do ich wzrostu. Globalny raport dotyczący występowania różnych chorób szacuje, że schorzenia psychiczne w roku 2020 będą stanowić 15% wszystkich chorób, a depresja znajdzie się w tymże roku na drugim miejscu wśród najczęściej występujących chorób (Murphy, Lopez 1996, s. 741).

Pierwsze oceny epidemiologiczne emigrantów z zaburzeniami psychicznymi sięgają lat czterdziestych XIX wieku i zostały uzyskane w wyniku badań prowadzonych w Ameryce Północnej, dokąd napłynęła liczna fala migrantów ekonomicznych. Badania te wykazały, że migracje niosą ze sobą poważne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego (Kawczyńska-Butrym 2011, s. 114). Niestety proces globalizacji i związane z nim masowe migracje w XX i XXI wieku nie doczekały się badań systematycznych, tak więc dane na temat stanu zdrowia psychicznego współczesnych migrantów są skąpe. Większość dotychczasowych analiz stanowią badania kliniczne; ograniczają się one do badań medycznych, jak np. badania epidemiologiczne (*Migracja i zdrowie psychiczne...* 2005, s. 1). Natomiast inne źródła wskazują głównie na zaburzenia związane ze zdrowiem psychicznym, w tym zaburzenia afektywne i zaburzenia osobowości, a także inne, rzadziej występujące zmiany psychiczne, takie jak: schizofrenia, depresje maniakalne (Barath 2005, s. 37).

Dane epidemiologiczne wskazują na pogorszący się status zdrowotny oraz zaburzenia mentalne imigrantów (Wittig i wsp. 2006, s. 533). Jak wskazują badania przeprowadzone w Niemczech, imigranci z Polski i Wietnamu osiągają wyższy ogólny wynik pod względem wskaźnika skarg na zły stan zdrowia fizycznego i wyższą wartość wskaźnika depresji i lęku niż Niemcy (Wittig i wsp. 2006, s. 533). Obserwowany także w innych krajach wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych,

⁷ Zob. badania M. Carballo, J.J. Divino, D. Zeric (1998). *Migration and health in the European Union*. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12), s. 936–944; A. Sole-Auro, E.M. Crimmins (2008). *Health of immigrants in European Countries*. *The International Migration Review*, 42(4), s. 861–876; J.R. Dunn, I. Dyck (2000). *Social determinants of health in Canada's immigrant population: results of National Population Health Survey*. *Social Sciences Medicine*, 51(11); S.Z. Nagi, E. Haavio-Mannila (1980). *Migration, Health Status and Utilization of Health Services*. *Sociology of Health and Illness*, 2/3(175).

występujących w polskich diasporach (np. w Anglii), szczególnie wśród emigrantów w starszych grupach wiekowych, wyjaśniany jest zarówno stresami emigrantów, którzy żyją wiele lat poza krajem, izolacją od bliskich, zwłaszcza w przypadku śmierci partnera i przyjaciół, ale też relatywnie słabszą więzią etniczną niż obserwowana w innych grupach emigrantów, np. Ukraińców (Barbaro de, Szulęcka, Pauw de 1999, s. 5).

Efektom niekorzystnego przebiegu procesu integracji w kraju przyjmującym są złożone procesy psychosomatyczne i różnorodne zaburzenia psychiczne, które objawiają się chroniczną apatią, silną tęsknotą za ojczyzną, poczuciem bycia wypalonym i przewlekle zmęczonym (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 93). Niektórzy autorzy uważają, że depresja lub przygnębienie pojawiają się głównie w początkowej fazie pobytu na emigracji, w związku z koniecznością przystosowania się migranta do nowych warunków; inni natomiast są zdania, że problemy emocjonalne dotyczą migrantów w ogóle, niezależnie od okresu ich pobytu za granicą (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 93).

Badania⁸ wskazują, że wśród pewnych grup imigrantów w Europie występuje najwyższy odsetek przypadków schizofrenii, najwyższy odsetek samobójstw, częste przypadki nadużywania alkoholu i narkotyków oraz wysokie ryzyko depresji i stanów lękowych (Opinia 2007, p. 6.4.1).

Prowadzone wśród reemigrantów⁹ badania dolegliwości odczuwanych przez nich przed emigracją, w jej okresie i po powrocie do kraju, wykazały, że w trakcie migracji nasiliły się u respondentów objawy sygnalizujące zmęczenie fizyczne i psychiczne, a szczególnie rozdrażnienie, zdenerwowanie i bezsenność, jak też dolegliwości bólowe o charakterze przeciążeniowym – bóle kości, mięśni i pleców, a po powrocie niemal wszystkie te objawy ustępują, co dodatkowo może potwierdzać ich związek z emigracją (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158). Wśród czynników składających się na zły stan zdrowia psychicznego imigrantów można wymienić: zmiany w sposobie odżywiania, zmiany w zakresie wsparcia ze strony rodziny i społeczności, zmianę kultury, języka i klimatu, wrogość, rasizm i ksenofobię wśród społeczności gospodarzy, fakt, że ludzie uciekają przed wojną i towarzyszącymi jej koszmarami tortur oraz utrata rodziny i wykorzystanie seksualne (Opinia 2007, p. 6.4.2).

Szczególną grupę migrantów stanowią uchodźcy. Ponad dwie trzecie uchodźców doświadcza stanów lękowych lub depresji – objawów pourazowego rozstroju nerwowego (Opinia 2007, p. 6.4.3). Badania uchodźców w Polsce wskazują na wysoki stopień zaburzeń związanych z chorobami psychicznymi. Zaburzenia psychiczne są równoległe na pierwszym miejscu z chorobami gastroenterologicznymi i stanowiły 18,2% rozpoznań (Cianciara i wsp. 2012, s. 148).

Inne badania, np. prowadzone wśród polskich imigrantów wyjeżdżających do Wielkiej Brytanii, wskazują, iż kluczowym czynnikiem, jaki ma wpływ na stan zdrowia polskich emigrantów w Anglii jest poziom odczuwanego przez nich stresu.

⁸ M.G. Carta, M. Bernal, M.C. Harday, J.M. Abad (2005). *Migration and mental health in Europe*.

⁹ Termin reemigrant w literaturze przedmiotu jest nieostry. Równocześnie używa się wielu pojęć: reemigrant, migrant powrotny. Istnieje wiele definicji akcentujących różne charakterystyki terminu. Wśród głównych zakresów można wskazać, że jest to osoba, która: przebywała za granicą (legalnie lub nielegalnie) powyżej 3 miesięcy i powróciła z zagranicy do kraju pochodzenia.

Analiza statystyczna zebranego materiału badawczego wykazała, że 41,6% Polaków przebywających w Wielkiej Brytanii żyje w stresie, co wiąże się z pojawieniem się zaburzeń psychicznych. Istotne znaczenie ma fakt, że pomimo odczuwanych różnych problemów psychicznych, takich jak: stres, przygnębienie, stany lękowe lub depresyjne, polscy migranci w większości nie zwracali się o profesjonalną pomoc lekarską. Zaledwie 1% badanych korzystało w Wielkiej Brytanii z konsultacji lekarza psychiatry, a niespełna 5% z porady psychologa (Smoleń 2013, s. 233).

Formy wsparcia na rzecz migrantów zagrożonych chorobą psychiczną lub chorujących psychicznie

Opisane zjawiska współkształtują obraz przebiegu zaburzeń psychicznych u migrantów wraz z wieloma innymi czynnikami natury socjokulturowej. Badania prowadzone w opisywanym nurcie pozwalają lepiej identyfikować potrzeby migrantów i w szerszej perspektywie planować interwencje środowiskowe oraz psychiatryczne, które w większym stopniu odpowiadałyby na zapotrzebowanie tych specyficznych grup (Kucharska 2012, s. 457).

Podróże, rosnący odsetek osób podejmujących pracę lub spędzających urlopy za granicą oraz wszechobecność obcokrajowców sprawiają, że przychodnie, szpitale, ośrodki psychiatryczne w większości krajów przyjmują coraz więcej migrantów, którzy wywodzą się nie tylko z wielu krajów, ale i z różnych kontynentów (Kubitsky 2012, s. 78). Dotychczasowe osiągnięcia psychiatrii transkulturowej sprowadzają się w zasadzie do dwóch podstawowych tez. Po pierwsze, istnieje swoisty związek między czynnikami kulturowymi, a określonymi zaburzeniami psychicznymi; po drugie, pojęć „norma” oraz „patologia psychiczna” nie można rozpatrywać bez uwzględnienia relatywizmu kulturowego (Brodniak 2004, s. 55). Psychiatria transkulturowa, jako dziedzina psychiatrii, w szczególności sposób zajmuje się wpływem kultury i migracji na rozwój chorób psychicznych. W powyższych badaniach migracja w swoich różnorodnych formach przedstawiana jest jako faktor ryzyka zachorowań na choroby psychiczne, a co za tym idzie – jest opatrzona złą konotacją.

Warto dodać, że to nie migracja jest ryzykiem zachorowania, lecz raczej okoliczności, w jakich ona się odbywa (Cranach 2007). Główne czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie migrantów, to: ubóstwo, brak ochrony prawnej, dyskryminacja, wykluczenie społeczne i wyzysk (*Improving mental health...* 2006, s. 22). Przyczyną zmian w stanie zdrowia może być fakt poczucia mniejszej wartości, degradacji społecznej, jakiej podlega emigrant w kraju przyjmującym, szczególnie wówczas, gdy jego praca sytuuje go poniżej jego możliwości zawodowych i poniżej pozycji, którą zajmował we własnym kraju (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 157).

Ponadto dostrzega się wiele barier ograniczających kontakt imigrantów z placówkami służby zdrowia. Są to albo bariery formalne – brak uprawnień do korzystania z ochrony zdrowia na terenie obcego kraju, albo bariery językowe w komunikowaniu z miejscowymi pracownikami medycznymi lub też znaczące różnice kulturowe, które utrudniają bądź uniemożliwiają kontakt i wywołują poczucie dyskryminacji (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 158).

Literatura przedmiotu nie zawiera żadnej pozycji, która uwzględniałaby konsekwencje makroekonomiczne – wpływ migracji na finanse publiczne, w szczególności

na system opieki społecznej. Taka sytuacja wymaga konsolidacji i intensyfikacji w odpowiednich badaniach (Okólski 2006, s. 12). Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, wraz z wyjaśnieniem w dokumencie ONZ, zapewnia perspektywę prawa do formalnego dostępu do opieki zdrowotnej również nielegalnych imigrantów (Hansen, Krasnik, Hog 2007, s. 50). Na dramatyzm sytuacji i na groźne dla zdrowia i życia konsekwencje wpływa ponadto utrudniony, ograniczony dostęp do pomocy medycznej, a nawet jej brak (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 98). Słaby dostęp do leczenia, pomocy i wsparcia w przypadku chorób psychicznych jest szczególnie widoczny wśród osób ubiegających się o azyl i imigrantów nierejestrowanych, którzy najbardziej potrzebują usług tego typu (Opinia 2007, p. 6.4.4).

Dla migrantów nieudokumentowanych szczególną barierę tworzą brak informacji, koszty opieki medycznej, bariera językowa, obawa przed donosem do władz. Trzeba tu zwrócić uwagę, że migranci nieudokumentowani mają dostęp do ratownictwa medycznego i obowiązkowego leczenia chorób zakaźnych, ale nierozwiązana jest kwestia odpłatności za inne wykonywane usługi, jeśli pacjent nie ma na to pieniędzy (Cianciara i wsp. 2012, s. 149). Biorąc pod uwagę wnioski z analiz usług zdrowia psychicznego dla grup migrantów w Europie nietrudno dojść do wniosku, że jakość i dostępność tych usług jest nierównomierna w poszczególnych krajach. Poważne braki w tym zakresie występują w Europie Środkowo-Wschodniej, niemniej jednak nawet w krajach z dłuższym doświadczeniem migracji, w których większość usług zdrowia psychicznego jest dostarczana przez sektor państwowy, da się zauważyć duże luki i uchybienia (*Migracja i zdrowie psychiczne...* 2005).

Współczesna wersja socjopsychosomatycznego modelu choroby i zdrowia, połączona z jej rozwinięciem ekologicznym (ukształtowanym pod wpływem działań promocyjnych WHO) i rozwojem socjologii medycyny, umożliwia holistyczne spojrzenie na zdrowie. (Brodniak 2000, s. 11). Ponadto w tym paradygmacie uwypukla się znaczenie zapobiegania i prewencji leczenia. Uznaje się, że kluczową rolę w zapobieganiu chorobom odgrywa środowisko społeczne pacjenta i grupa społeczna, w której żyje (Piątkowski 2002, s. 27). Grupą migrantów, którzy potrzebują szczególnej opieki i wsparcia są uchodźcy, którzy przede wszystkim potrzebują informacji, gdzie i jak szukać pomocy psychologicznej i wsparcia w kraju, w którym szukają schronienia nie tylko fizycznego, ale i psychicznego. Dowodów na niekorzystny wpływ niskiego poziomu integracji społecznej na stan zdrowia dostarczają również obserwacje dotyczące migrantów, gdzie migracja jest typową sytuacją, w której rozbięcie dotychczasowych więzi społecznych współlistnieje z nasilonym stresem towarzyszącym przystosowaniu do nowego środowiska (Skrzypek 2002, s. 54). Podstawowa hipoteza koncepcji oparcia społecznego uznaje je za czynnik, który chroni ludzi przed szkodliwymi dla zdrowia skutkami stresów (Brodniak 2004, s. 61).

Zakończenie

Specjaliści przewidują, że znaczenie czynnika migracyjnego w najbliższej przyszłości będzie rosnąć, a nie maleć. Zgodnie z prognozą demograficzną ONZ, w 2050 r. ludność Europy będzie obejmować 632 milionów osób, o 96 milionów mniej niż w 2000 r., jednakże bez imigracji byłaby mniejsza o 139 milionów, co wskazuje na

dynamikę procesów migracyjnych (Bera 2008, s. 80). Stąd istotnym czynnikiem jest oparcie społeczne. Owo poszukiwanie zakotwiczenia społecznego jest szczególnie widoczne w sytuacji zmian i kryzysów oraz w obliczu doświadczeń granicznych, m.in. takich jak migracja międzynarodowa (Grzymała-Kazłowska 2013, s. 12).

Z tego punktu widzenia analiza dyskursów dotyczących „rzeczywistości” psychoterapeutycznej jest szczególnie ważna, gdyż nie stanowią one prostego nazwania, a współtworzą tę rzeczywistość. Ponad stuletnia historia psychoterapii pokazuje, że rozumienie człowieka, jego trudności, psychopatologii, roli psychoterapeuty, a także samej psychoterapii zmieniała się zależnie od dominującego w danym okresie historycznym paradygmatu. Przyjęcie określonych założeń nie było i nie jest neutralne wobec działań praktycznych. Przeciwnie, ma daleko idące konsekwencje praktyczne, teoretyczne, etyczne i prawne (Józefik 2011, s. 738), chociażby takie, że imigranci w stanie dobrego samopoczucia psychicznego są bardziej otwarci na edukację i zatrudnienie oraz chętniej uczestniczą w życiu społeczeństwa przyjmującego (*World Migration* 2005, s. 326).

Bibliografia

- Barath A.(2005). *Perspectives in the Mental Healthcare of Survivors of Human Trafficking. Building Regional Parentship to Fight Trafficking in Persons in the Context of EU-Enlargement. Conference Report.* Warszawa: International Organization for Migration.
- Barbaro de B., Szulęcka K.T., Pauw de W. (1999). *Psychotyczna realizacja „mitu powrotu do ojczyzny”: studium przypadku urojeniowego, błędnego rozpoznania osób.* *Psychiatria Polska*, 33(5), s. 5–7.
- Bera R. (2008). *Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Brodniak W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej.* Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Brodniak W.A. (2004). *Spółeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Próba syntezy.* W: W. Piątkowski (red), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 45–65.
- Cianciara D., Dudzik K., Lewczuk A., Pinkas J. (2012). *Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce.* *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1), s. 140–143.
- Cranach M. (2007). *Strata i zdrowie psychiczne.* Referat wygłoszony na sympozjum: „Utrata i zdrowie psychiczne. Pozbawiony ojczyzny – uciekinier, wypędzony, emigrant... i przyszłość?”. *Dialog*, 15.
- Dąbrowski K. (1979). *Dezintegracja pozytywna.* Warszawa: PWN.
- Germani G. (1965). *Migration and acculturation.* W: P.M. Hauswer (red.), *Handbook for Social Research in Urban Areas.* Paris: UNESCO Ghent., s. 159–178.
- Golinowska S. (2008). *Spółeczny wymiar emigracji w krajach wysyłających.* *Polityka Społeczna*, 11–12, s. 18–22.
- Grzymała-Kazłowska A. (2013). *Od tożsamości i integracji do społecznego zakotwiczenia – propozycja nowej koncepcji teoretycznej.* *CMR Working Papers*, 64/122 (2013), s. 1–19.
- Hansen A.R., Krasnik A., Hog E. (2007). *Access to health care for undocumented immigrants rights and practice.* *DanMed Bull*, 54, s. 50–51.

- Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialised groups.* (2006). November 12. Center for Addiction and Mental Health, s. 1–52.
- Józefik B. (2011). *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy.* *Psychiatria Polska*, 45(5), s. 737–748.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2008). *Zyski i straty uczestników migracji – wyniki badań własnych.* W: M.S. Zięba (red.), *Migracja – wyzwanie XXI wieku.* Lublin: Wydawnictwo Fundacja i Rozwoju KUL, s. 153–162.
- Kawczyńska- Butrym Z. (2009). *Migracje – wybrane zagadnienia.* Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2011). *Migrant w sytuacji choroby.* *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(2), s. 113–118.
- Kubitsky J. (2012). *Psychologia migracji.* Warszawa: Difin.
- Kucharska J. (2012). *Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych.* *Psychiatria Polska*, 46(3), s. 451–459.
- Kulmatycki L., Łazowski J. (2005). *Program promocji więzi społecznych wśród Polaków w Australii w odniesieniu do problemów psychicznych.* *Psychiatria Polska*, 39(5), s. 997–1010.
- Mead G.H. (1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo.* Tłum. Z. Wolińska. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Menyweather-Woods L. (2011). *Depression and the Soul: A Guide to Spiritually Integrated Treatment.* *Religion Spirituality and Aging*, 23(4), s. 371–373.
- Migracje a zdrowie psychiczne.* Raport. (2005). Jané-Llopis E., Anderson P. (Eds.). (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities. Raport.* http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf
- Misiak W. (1998). *Nowe formy zaradności młodzieży. Emigracja i przemieszczenie społeczne.* Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Murray Ch., Lopez A.D. (1996). *Evidence-Based Health Policy – Lessons from the Global Burden of Disease Study.* *Science*, 274, s. 740–743.
- Niedźwiedzki D. (2010). *Migracje i tożsamość.* Kraków: Nomos.
- Okólski M. (2006). *Costs and benefits of migration for Central European countries.* *CMR Working Papers*, 7(65), s. 1–91.
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: zdrowie a migracja (27.10.2007 r.), nr 2007/C 256/22.
- Parsons T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Piątkowski W. (2002). *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych.* W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 23–38.
- Posern-Zielińska A. (2005). *Tożsamość a terytorium. Perspektywa antropologiczna.* *Przegląd Zachodni*, 3, s. 1–21.
- Pużyński S. (2007). *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych.* *Psychiatria Polska*, 3, s. 299–308.
- Rożnowski B., Bryk D. (2008). *Stres emigracji zarobkowej i jego konsekwencje dla systemu wartości migrantów.* W: M.S. Zięba (red.), *Migracja – wyzwanie XXI wieku.* Lublin: LSB sp. z o.o., Fundacji Rozwoju KUL, s. 127–152.
- Smoleń A. (2013). *Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej.* *Problemy Zarządzania*, 111(41), s. 227–239.

- Skrzypek M. (2002). *Psychosocjiosomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 43–59.
- Synowiec-Piłat M. (2002). *Choroba jako dewiacja społeczna*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, s. 82–88.
- Veling V., Hoek H.W., Wiersma D., Mackenbach J.P. (2009). *Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study*. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), s. 1149–1156.
- Wittig U., Lindert J., Merbach M., Braehler E. (2006). *Mental health of patients from different cultures in Germany*. *European Psychiatry*, 23(8), s. 533–596.
- World Migration*. (2005). International Organization for Migration, s. 1–489.
- Zdrowie psychiczne w zmieniającym się świecie*. (2007). [online:] www.mmha.org.au

A sociological analysis of mental disorders among migrants

Abstract

Contemporary migration processes, which include a growing group of people, not only contribute to changes in the social structures of states, the economy and social space, but above all they affect the migrants themselves. Mental health is one of the most important factors conditioning the proper functioning of both the individual and society. Mental health problems affect particularly migrants, who due to the experienced changes, problems, stress are exposed to the emergence of various types of mental disorders. Migrants are a group at increased risk of morbidity due to the number of changes undergone and they often experience the negative effects of migration. Epidemiology indicates the increase in the prevalence of mental disorders among migrants, which shows the scale of the problem. Preventive measures and access to treatment is not just a problem for the state that the migrant leaves, but also for the host society. Unfortunately, there is little action taken to improve and protect the mental health of various types of migrants.

Key words: migrants, migration processes, mental health, mental disorders, prevention