

Ερευνητική εργασία

Απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας σε πληθυσμό προσφύγων με διαπιστωμένη ψυχοπαθολογία

Αντώνης Τσιώνης,¹ Δημήτρης Πάντογλου,² Γιάννης Κασβίκης³

¹Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας Κώστας Στεφανής, Αθήνα,

²Τμήμα Μαθηματικών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

³Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς, Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 21 Μαρτίου 2022/Αναθεωρήθηκε 4 Ιουλίου 2022/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 11 Νοεμβρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προκείμενη μελέτη επιχειρεί να αποτυπώσει την απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας (ΑΕΥ) προσφύγων με κλινικά διαπιστωμένη ψυχοπαθολογία καθώς και να εξετάσει την πιθανή συσχέτιση της ΑΕΥ με την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας. Η ΑΕΥ αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο ένας άνθρωπος αποδίδει τα όσα συμβαίνουν στη ζωή του στον εαυτό του ή σε εξωτερικούς παράγοντες. Αντλεί το θεωρητικό της υπόβαθρο από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter. Η εξωτερική ΑΕΥ έχει συνδεθεί με την ψυχοπαθολογία στις διαταραχές άγχους (ΔΑ), την κατάθλιψη και τη μετατραυματική διαταραχή στρες (ΜΔΣ) από την οποία κυρίως κινδυνεύουν οι πρόσφυγες σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό. Πρόκειται για μια περιγραφική συγχρονική μελέτη. Στην έρευνα συμμετείχαν 40 πρόσφυγες που παραπέμφθηκαν στο ψυχιατρικό ιατρείο από ψυχολόγους δομής λόγω κλινικά διαπιστωμένης ψυχοπαθολογίας. Στην πρώτη συνεδρία έγινε η χορήγηση του Ερωτηματολογίου για την Υγεία των Ασθενών (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) και του Ερωτηματολογίου Τραύματος του Harvard (Harvard Trauma Questionnaire-5, HTQ5). Για την εκτίμηση της απόδοσης ελέγχου της ψυχικής υγείας χορηγήθηκε το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC) που μετρά την ΑΕΥ στον εαυτό, τους σημαντικούς άλλους και την τύχη. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στα Αγγλικά, Φαρσί και Λινγκάλα. Η μετάφραση του MHLC στα Λινγκάλα έγινε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας και ο έλεγχος της ορθότητας της μετάφρασης έγινε με αντίστροφη μετάφραση από τα Αγγλικά στα Λινγκάλα και από τα Λινγκάλα στα Αγγλικά, από διαφορετικούς μεταφραστές, προκειμένου να ελεγχθεί η ταύτιση των αγγλικών κειμένων. Οι πρόσφυγες του δείγματος εμφάνισαν μειωμένη ΑΕΥ στον εαυτό και αυξημένη ΑΕΥ στους σημαντικούς άλλους και την τύχη. Αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ΑΕΥ και της εμφάνισης της ψυχοπαθολογίας. Αναδείχθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της κατάθλιψης με την ΑΕΥ στον εαυτό, εύρημα που έχει δειχθεί και σε άλλες μελέτες. Θετικά συσχετίστηκε η ένταση της κατάθλιψης με την ΑΕΥ στην τύχη. Επίσης αναδείχθηκε θετική συσχέτιση της συμπτωματολογίας της ΜΔΣ με την ΑΕΥ στην τύχη. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει το MHLC ως ένα αξιόλογο και χρήσιμο εργαλείο στην εκτίμηση των προσφύγων με ψυχοπαθολογία στην Ελλάδα.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας, πρόσφυγες, κατάθλιψη, μετατραυματική διαταραχή στρες.

Εισαγωγή

Η Απόδοση Ελέγχου της Υγείας (ΑΕΥ) αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο ένας άνθρωπος αποδίδει τα όσα συμβαίνουν στη ζωή του στον εαυτό του ή σε εξωτερικούς παράγοντες. Αντλεί το θεωρητικό της υπόβαθρο

από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter.¹ Σύμφωνα με αυτήν η διαδικασία της μάθησης των ατόμων σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο αποδίδουν τα γεγονότα της ζωής τους στις δικές τους ενέργειες. Το αν θα ενισχυθεί μια συμπεριφορά εξαρτάται εν μέρει από

το κατά πόσο το άτομο αντιλαμβάνεται την ανταμοιβή ως εξαρτώμενη από τη δική του συμπεριφορά ή ανεξάρτητη από αυτήν.¹

Η ΑΕΥ έχει εκτιμηθεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην εμφάνιση και διατήρηση ψυχικών παθήσεων προς τις οποίες οι πρόσφυγες και οι μετανάστες εμφανίζουν ευαλωτότητα.²⁻⁴ Οι άνθρωποι με ισχυρή εσωτερική ΑΕΥ πιστεύουν ότι τα αποτελέσματα των πράξεών τους είναι αποτελέσματα των δικών τους ικανοτήτων και παρουσιάζουν: υψηλό κίνητρο να επιτύχουν και χαμηλότερη καθοδήγηση από εξωτερικούς παράγοντες (ετεροπροσδιορισμός).⁵ Από την άλλη, οι άνθρωποι με ισχυρή εξωτερική ΑΕΥ πιστεύουν πως η ζωή τους είναι εκτός του ελέγχου τους και ότι οι δικές τους ενέργειες είναι αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων.⁵ Είναι επίσης ευάλωτοι στην κατάθλιψη² και στην ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών άγχους (ΔΑ).³

Η εξωτερική ΑΕΥ σχετίζεται με την παρουσία συμπτωμάτων αποφυγής και την ανάπτυξη αγοραφοβίας, εύρημα που επαληθεύτηκε και σε ελληνική μελέτη,^{6,7} και οδηγεί σε μια καταστροφολογική ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων ενώ παράλληλα φαίνεται να μοιράζεται πολλά φαινομενολογικά στοιχεία με τη μαθημένη αβοηθησία.⁸ Ενώ η ΑΕΥ θεωρήθηκε αρχικά σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, έχει πλέον αποδειχθεί ότι είναι τροποποιήσιμο, μέσω των εμπειριών ζωής, της εκπαίδευσης και της θεραπείας.^{7,9,10,11} Σε ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή στρες (ΜΔΣ) έπειτα από σεξουαλική κακοποίηση, το υποκειμενικό αίσθημα ελέγχου κατά την πορεία της θεραπείας σχετίζεται θετικά με ηπιότερη συμπτωματολογία.¹² Επίσης σε μελέτη σε βετεράνους πολέμου με ΜΔΣ η εξωτερική ΑΕΥ σχετίστηκε θετικά με τα συνολικά συμπτώματα της ΜΔΣ και τα συμπτώματα αποφυγής ειδικότερα.¹³

Η ΑΕΥ αξιολογείται με το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC), που εμφανίζει διαφορές μεταξύ των χωρών και των ανθρώπων διαφορετικών πολιτισμικών υποβάθρων στους οποίους έχει χορηγηθεί.^{14,15} Σε κοινωνίες που υπερτερεί ένας πιο κοινοτικός τρόπος οργάνωσης με έμφαση στην ισότητα και τις ανθρώπινες σχέσεις εντός της κοινότητας (κολεκτιβισμός) και μειωμένος ατομικισμός εμφανίζεται ισχυρότερη εξωτερική ΑΕΥ.¹⁶ Σε σύγκριση με τους Ασιάτες, οι Ευρωπαίοι έχουν υψηλότερη εσωτερική ΑΕΥ.^{17,18} Οι νεαροί ενήλικοι στην Ανατολική Ευρώπη έχουν ισχυρότερη ΑΕΥ στην τύχη και τους ισχυρούς άλλους σε σύγκριση με τους δυτικοευρωπαίους ομολόγους τους.^{19,20} Έρευνα γηγενών και μεταναστών διαφόρων εθνικοτήτων στην Ολλανδία καταλήγει πως τα άτομα με ισχυρότερη εσωτερική ΑΕΥ ήταν λιγότερο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη.²¹ Οι συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας του MHLC με

την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν πιο έντονες σε όλες τις μη δυτικές ομάδες. Επιπλέον, η απόδοση στην τύχη σχετιζόταν με συμπτώματα κατάθλιψης μόνο στις μη δυτικές ομάδες και, σε μικρότερο βαθμό, μεταξύ των γηγενών Ολλανδών.²¹ Η συσχέτιση της ΑΕΥ με την κατάθλιψη σε ομάδες εθνικών μειονοτήτων, μπορεί να εξηγήσει τις μεγάλες διαφορές που ανιχνεύονται στον επιπολασμό της κατάθλιψης στους εν λόγω πληθυσμούς μεταξύ των ερευνών, με την πολιτιστικά επηρεασμένη ΑΕΥ να αποτελεί παράγοντα ανθεκτικότητας ή ευαλωτότητας. Τέτοιες συγκρίσεις ωστόσο συχνά υπολείπονται μεθοδολογικά, καθώς τα δείγματα είναι σπανίως αντιπροσωπευτικά του συνόλου του πληθυσμού της αντίστοιχης χώρας.

Ο Calnan περιέγραψε το προφίλ της πλειοψηφίας αυτών που αποδίδουν ψηλά στην τύχη ως: γυναίκες, ηλικιωμένους, άτομα με χαμηλή επίσημη εκπαίδευση και εργαζόμενους σε χειρωνακτικές δουλειές.²² Ορισμένες δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, η κοινωνική τάξη και το φύλο έχει αποδειχθεί ότι επίσης σχετίζονται με τις πεποιθήσεις για την υγεία.²² Η εθνική ταυτότητα και η θρησκευτικότητα έχει βρεθεί να επηρεάζουν τις βαθμολογίες του MHLC.^{16-18,22}

Ο πληθυσμός προσφύγων στην Ελλάδα

Από το 1989, η Ελλάδα δέχτηκε χιλιάδες οικονομικούς μετανάστες και πιο πρόσφατα, από το 2010, μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής για πρόσφυγες κυρίως από χώρες σε πόλεμο.²³ Σε ελληνική μελέτη έχει παρατηρηθεί αυξημένος επιπολασμός των ψυχικών παθήσεων στους πρόσφυγες, έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερος από αυτόν των γηγενών.²⁴ Παρά την ομοιότητα της έκθεσης στις αντιξοότητες που υπάρχει στον εν λόγω πληθυσμό υπάρχει ποικιλομορφία στην ποιότητα και την ένταση της εμφανιζόμενης ψυχοπαθολογίας.^{24,25} Η διαδικασία της μετανάστευσης συνεπάγεται αποχωρισμό από οικογένεια, έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, απώλεια κοινωνικής ταυτότητας και κοινωνική διάκριση.²⁶ Η απώλεια του ελέγχου στην υγεία έχει αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις²⁷ ενώ η υπερβολική εξωτερική ΑΕΥ έχει σχετιστεί με την ψυχοπαθολογία στις ΔΑ,³ την κατάθλιψη² και τη ΜΔΣ^{13,14} από την οποία κυρίως κινδυνεύουν οι πρόσφυγες, σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό.^{4,24,25}

Οι πρόσφυγες συχνά βιώνουν μια σειρά από σοβαρά τραύματα, όπως ο θάνατος μέλους της οικογένειας ή στενών φίλων, σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση, συμμετοχή σε συρράξεις και ταυτόχρονα πρέπει να αντιμετωπίσουν τη φτώχεια, την εχθρικότητα και τον ρατσισμό τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά την εγκατάστασή τους στη χώρα υποδοχής τους.⁴

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στους πρόσφυγες εμφανίζει πολύ μεγάλη διακύμανση στις διαφορετικές μελέτες.⁴ Μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση εντόπισε τον επιπολασμό της κατάθλιψης να κυμαίνεται από 5% έως 44% σε ομάδες προσφύγων και μεταναστών στις διαφορετικές μελέτες, σε σύγκριση με το 8–12% στον γενικό πληθυσμό.²⁵ Όσον αφορά στις ΔΑ, ο επιπολασμός κυμαινόταν από 4% έως 40% σε σύγκριση με το αναφερόμενο 5% στον γενικό πληθυσμό.²⁵ Λιγότερες μελέτες αξιολόγησαν τον επιπολασμό των ψυχωτικών διαταραχών,²⁸ αλλά όπου αυτές οι τιμές ήταν διαθέσιμες ήταν υψηλότερες σε πρόσφυγες και μετανάστες από ό,τι στους πληθυσμούς υποδοχής.^{29,30}

Οι πρόσφυγες που ζουν σε μια χώρα υποδοχής για περισσότερα από πέντε χρόνια τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης και ΔΑ από τον πληθυσμό υποδοχής, συνήθως 20% ή μεγαλύτερο σε μακροχρόνιους πρόσφυγες. Ωστόσο, η διακύμανση είναι πολύ υψηλή (καταθλιπτικές διαταραχές: 2,3–80%, ΔΑ: 20,3–88%, ΜΔΣ: 4,4–86%).³⁰ Ο υψηλότερος επιπολασμός ψυχικών διαταραχών σε μακροχρόνιους πρόσφυγες έχει συσχετιστεί και με την έλλειψη κοινωνικής ένταξης και συγκεκριμένα με την ανεργία.^{30,31}

Η ΜΔΣ είναι η μόνη ψυχική διαταραχή για την οποία έχουν παρατηρηθεί ουσιαστικές και συνεπείς διαφορές σε συγκριτικό επιπολασμό (9–36% στους πρόσφυγες έναντι 1–2% στους πληθυσμούς υποδοχής).^{24,32,33} Η έκθεση σε αγχωτικά γεγονότα πριν από την αναχώρηση ή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού και οι δυσκολίες εγκατάστασης και ένταξης στις χώρες υποδοχής σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών⁵ όπως διαπιστώθηκε και σε μελέτη μακροχρόνιων προσφύγων από την πρώην Γιουγκοσλαβία σε τρεις διαφορετικές χώρες (Γερμανία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο).³⁴ Ωστόσο, ακόμη και αν όλοι αυτοί οι παράγοντες ληφθούν υπόψη και προσαρμοστούν στατιστικά, εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον επιπολασμό μεταξύ των τριών χωρών.

Μία ακόμα ερμηνεία που έχει δοθεί για τα αυξημένα ποσοστά που παρατηρούνται διαχρονικά για τις ψυχικές διαταραχές των προσφύγων είναι μια διαδικασία επιλογής, με τους πρόσφυγες χωρίς ψυχικές διαταραχές να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν τη χώρα υποδοχής μετά από μια χρονική περίοδο, ενώ εκείνοι που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές να παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.^{30,35} Ωστόσο, έχει αναδειχθεί μια τάση σε πρόσφυγες που έφτασαν χωρίς ψυχικές διαταραχές να τις αναπτύσσουν με την πάροδο του χρόνου στη χώρα υποδοχής με τα διαθέσιμα στοιχεία να υποδηλώνουν μια συσχέτιση μεταξύ της κακής κοινωνικής ένταξης και της υψηλότερης πιθανότητας

εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, αλλά οι σχέσεις αιτίας - αποτελέσματος παραμένουν ασαφείς.^{30,35}

Για τους παραπάνω λόγους, συνεξετάσαμε τα συμπτώματα και την απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας σε μια περιγραφική συγχρονική μελέτη των προσφύγων που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση με υποθέσεις πως (1) η απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας στον πληθυσμό που θα ελεγχθεί θα έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές από την απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού και πως (2) η απόδοση ελέγχου θα εμφανίζει συσχετίσεις με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, όπως αυτή αποτυπώνεται από τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Υλικό και Μέθοδος

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στην έρευνα συμμετείχαν 40 πρόσφυγες. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κατά την εισαγωγή τους στη μελέτη.

Οι συμμετέχοντες παραπέμφθηκαν στο ψυχιατρικό ιατρείο λόγω κλινικά διαπιστωμένης ψυχοπαθολογίας από ψυχολόγους δομής. Για την αποφυγή της πιθανότητας μεροληψίας επιλογής εισήχθησαν στη μελέτη με τη χρονική σειρά κατά την οποία γινόταν η παραπομπή από τους ψυχολόγους. Στην πρώτη συνεδρία, έπειτα από τη λήψη ιστορικού χορηγήθηκε το MHLC, το Ερωτηματολόγιο Τραύματος του Harvard-5 (Harvard Trauma Questionnaire-5, HTQ5) και το Ερωτηματολόγιο για την Υγεία των Ασθενών (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), στη γλώσσα εξέτασης του εκάστοτε συμμετέχοντα. Το HTQ5 και το PHQ-9 έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε πληθυσμούς που μιλάνε Αγγλικά, Φαρσί και Λινγκάλα.^{36–39} Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του MHLC έχει ελεγχθεί τόσο στα Αγγλικά όσο και στα Φαρσί.^{40–42} Αυτές οι εκδοχές των εργαλείων χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα μελέτη. Μόνο η μετάφραση του MHLC στα Λινγκάλα έγινε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας και ο έλεγχος της ορθότητας της μετάφρασης έγινε με αντίστροφη μετάφραση,⁴³ από τα Αγγλικά στα Λινγκάλα και από τα Λινγκάλα πίσω στα Αγγλικά από διαφορετικούς μεταφραστές προκειμένου να ελεγχθεί η ταύτιση των αγγλικών κειμένων.

Ανάλογα με τις βαθμολογίες των εργαλείων οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε τρεις κατηγορίες διαγνώσεων: κατάθλιψη, ΜΔΣ, και συννοσηρότητα από τις δύο Διαταραχές.

Κριτήρια αποκλεισμού συμμετεχόντων ήταν: να βρίσκονται σε χρόνια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και να πάσχουν από διπολική διαταραχή ή ψύχωση. Όλοι οι ασθενείς έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στη μελέτη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	23	57,5
Άνδρες	17	42,5
Διάγνωση*		
Κατάθλιψη	12	30
Μετατραυματική διαταραχή στρες	4	10
Κατάθλιψη και Μετατραυματική διαταραχή στρες	24	60
Χώρα Καταγωγής		
Ακτή Ελεφαντοστού	1	2,5
Αφγανιστάν	9	22,5
Καμερούν	4	10
Κένυα	1	2,5
Κονγκό	17	42,5
Ιράν	3	7,5
Νιγηρία	1	2,5
Ουγκάντα	1	2,5
Σιέρα Λεόνε	2	5
Σομαλία	1	2,5
Γλώσσα		
Αγγλικά	11	27,5
Φαρσί	12	30
Λινγκάλα	17	42,5

*Η κατάθλιψη διαπιστώθηκε με το PHQ-9 και η μετατραυματική διαταραχή στρες με το HTQ-5

Ψυχομετρικά εργαλεία

1. Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας (MHLC)

Η απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας αξιολογήθηκε με το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας (MHLC) που προήλθε από το ερωτηματολόγιο των δύο πόλων (εσωτερικού και εξωτερικού) του Rotter. Η διάσταση της εξωτερικής απόδοσης διαχωρίστηκε στην τύχη και τους σημαντικούς άλλους ακολουθώντας τις υποδείξεις της Levenson ότι η εξωτερική απόδοση δεν είναι μονοδιάστατη έννοια.⁴⁰

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 λήμματα χωρισμένα σε τρεις υποκλίμακες: έξι για την αξιολόγηση της ΑΕΥ στον εαυτό, MHLC-self, που αντικατοπτρίζουν την πεποίθηση του ατόμου ότι η ψυχική του υγεία καθορίζεται κατά κύριο λόγο από τις επιλογές και τη συμπεριφορά του, έξι για την αξιολόγηση της ΑΕΥ στους σημαντικούς άλλους, MHLC-s.other., που αναφέρονται

στην πεποίθηση ότι η ψυχική του υγεία καθορίζεται κυρίως από σημαντικούς άλλους ανθρώπους όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας, η οικογένεια, οι φίλοι και έξι για την αξιολόγηση της ΑΕΥ στην τύχη, MHLC-luck, που αντιπροσωπεύουν την πεποίθηση ότι η ψυχική του υγεία καθορίζεται από τη μοίρα, τις συγκυρίες, τις ανώτερες δυνάμεις. Ο βαθμός συμφωνίας (ή διαφωνίας) με το κάθε λήμμα αξιολογείται με μια κλίμακα τύπου Likert (από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 6=συμφωνώ απόλυτα).

2. Ερωτηματολόγιο Τραύματος του Harvard-5 (HTQ5)

Το HTQ5 ελέγχει σε 26 λήμματα στοιχεία της ΜΔΣ όπως αυτά προσδιορίζονται στο DSM-5 σε μια κλίμακα Likert¹⁻⁴ και έχει αποδεδειγμένη ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση και τον προσδιορισμό της έντασης της ΜΔΣ.⁴³ Η οριακή τιμή για τη διάγνωση της πάθησης είναι το 2,5 και όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο βαρύτερη θεωρείται η πάθηση.

3. Ερωτηματολόγιο για την Υγεία των Ασθενών (PHQ-9)

Το Ερωτηματολόγιο για την Υγεία των Ασθενών (PHQ-9) είναι ένα ερωτηματολόγιο 9 λημμάτων που σχεδιάστηκε για τον έλεγχο (screening) της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια υγεία και σε άλλα ιατρικά περιβάλλοντα, που έχει αποδειχθεί επίσης χρήσιμο στην αναγνώριση της σοβαρότητας της κατάθλιψης.^{44,45} Βαθμολογεί καθένα από τα 9 κριτήρια κατά DSM-IV της κατάθλιψης από «0» (καθόλου) έως «3» (σχεδόν κάθε μέρα) και αξιολογείται ως φυσιολογικό (0-4), ήπια (5-9), μέτρια (10-14), μετρίως σοβαρή (15-19) και σοβαρή κατάθλιψη (20-27). Εμφανίζει βαθμό ευαισθησίας 88% για όλες τις μορφές κατάθλιψης (ήπια, μέτρια, σοβαρή) και βαθμό ειδικότητας 88% για τη σοβαρή κατάθλιψη.^{44,45}

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και η ανάλυση έγινε στην Python με τη βοήθεια των βιβλιοθηκών Pandas, Scipy και Pingouin. Όλες οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν για να διασφαλιστεί ότι πληρούσαν τις προδιαγραφές για στατιστική αξιολόγηση.

Πραγματοποιήθηκαν Shapiro-Wilk Test και Anderson-Darling Test σε όλες τις ποσοτικές μεταβλητές ώστε να δειχθεί αν οι τιμές προέρχονται από κανονική κατανομή. Λόγω μη κανονικών κατανομών σε ορισμένες μεταβλητές και του μικρού δείγματος, επιλέχθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες όπως το Mann-Whitney U test.

Για τον υπολογισμό της ύπαρξης διαφορών στην απόδοση ελέγχου της υγείας υπολογίστηκε ο μέσος όρος της τιμής κάθε υποκλίμακας της απόδοσης ελέγχου στο δείγμα και συγκρίθηκε με τις τιμές του ελλαδικού χώρου με t-test. Η στατιστική σημαντικότητα ελέγχθηκε με βάση την τιμή $\alpha=0,05$. Η βαθμολογία του HTQ-5 αναλύθηκε

ως συνεχής μεταβλητή, σύμφωνα με την αριθμητική τιμή της βαθμολογίας του και οι συσχετίσεις με τις υπόλοιπες μεταβλητές αναλύθηκαν κατά Pearson. Η βαθμολογία του PHQ-9 ερμηνεύεται σε 5 διαγνωστικές ομάδες, από φυσιολογικό ως σοβαρή κατάθλιψη, οι οποίες όρισαν 5 διακριτές μεταβλητές που συγκρίθηκαν με τις υπόλοιπες κατά Spearman.

Για την ανάλυση των συσχετίσεων ως προς τη γλώσσα εξέτασης ελέγχθηκαν οι διασπορές των 3 κατηγοριών με Bartlett και Levene Test και πραγματοποιήθηκε ανάλυση Welch ANOVA και Games-Howell.⁴⁶

Αποτελέσματα

Το MHLC-self στο δείγμα εμφάνισε Cronbach's alpha (α)=0,78 είχε μέση τιμή 22,63 με τυπική απόκλιση 4,4, μικρότερη από αυτή του ελληνικού πληθυσμού που είναι 25 με τιμή p 0,0018. Το MHLC-s.oth., με α =0,86, είχε μέση τιμή 23,08 με τυπική απόκλιση 4,83, μεγαλύτερη στο δείγμα μας από ό,τι στον ελληνικό πληθυσμό που είναι 20 με τιμή p 0,003. Το MHLC-luck, με α =0,82 εμφάνισε μέση τιμή 22,28 με τυπική απόκλιση 5,46, μεγαλύτερη από τον ελληνικό πληθυσμό που είναι 15 με τιμή p 0,000. Το PHQ-9 στο δείγμα με α =0,77 εμφάνισε μέση τιμή 18,18 με τυπική απόκλιση 4,83. Το HTQ-5 στο δείγμα με α =0,89 εμφάνισε μέση τιμή 2,61 με τυπική απόκλιση 0,46.

Η ανάλυση κατά Spearman ανέδειξε αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στο PHQ-9 με τη βαθμολογία στο MHLC-self. Επίσης ανέδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στο PHQ-9 με τη βαθμολογία στο MHLC-luck (πίνακας 2).

Η ανάλυση κατά Pearson ανέδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στο HTQ-5 με τη βαθμολογία στο MHLC-luck (πίνακας 2).

Δεν υπάρχουν διαφορές στις βαθμολογίες των PHQ-9, HTQ5 και MHLC μεταξύ των δύο φύλων, ανάλογα με την ήπειρο καταγωγής ή ανάλογα με τη γλώσσα εξέτασης. Δεν υπάρχουν διαφορές στις βαθμολογίες του MHLC μεταξύ δύο ομάδων διαγνώσεων, αυτών με ΜΔΣ και αυτών χωρίς, αλλά το μέγεθος του δείγματος εκτιμάται μικρό για την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων (πίνακας 3,4).

Συζήτηση

Οι αρχικές μας υποθέσεις, πως η ΑΕΥ στον πληθυσμό που ελέγχθηκε θα έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές με την ΑΕΥ του ελληνικού πληθυσμού, και πως η ΑΕΥ θα εμφανίσει συσχετίσεις με την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας, όπως αυτή αποτυπώνεται από τα ψυχομετρικά εργαλεία, επιβεβαιώνονται. Η αρνητική συσχέτιση της έντασης της κατάθλιψης με την ΑΕΥ στον εαυτό έχει τεκμηριωθεί από άλλες μελέτες^{1,47} και επιβεβαιώθηκε και με την παρούσα. Θετικά συσχετίστηκε και η ένταση της κατάθλιψης με την ΑΕΥ στην τύχη. Σημαντική η θετική συσχέτιση της έντασης της συμπτωματολογίας της ΜΔΣ με την απόδοση ελέγχου της ψυχικής υγείας στην τύχη, στο δείγμα μας.

Η ΑΕΥ στην τύχη από το σύνολο του δείγματος εμφανίζει έντονη διαφορά από τον ελληνικό πληθυσμό. Μία εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι ο πληθυσμός που ελέγχθηκε είχε διαπιστωμένη ψυχοπαθολογία καθώς και ένα ιστορικό μάθησης σε προσφυγικές συνθήκες, συνθήκες που αλλάζουν με τέτοια συχνότητα και ένταση που μπορεί να δημιουργήσουν την εικόνα πως τα γεγονότα της ζωής χαρακτηρίζονται από τυχαιότητα.²⁶ Δεν εξετάστηκε η θρησκευτικότητα κατά την παρούσα έρευνα. Οι ισχυροί πιστοί μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση να αποδίδουν τον έλεγχο σε ισχυρούς άλλους και στην τύχη από ό,τι οι λιγότερο θρησκευτικές ομάδες.^{18,21,22,47} Ο αναλφαβητισμός στα θέματα υγείας είναι άλλος ένας πιθανός παράγοντας που θα μπορούσε να έχει επιδράσει στην απόδοση ελέγχου της υγείας εξωτερικά.²²

Οι πρόσφυγες στην Ελλάδα διαφέρουν ως προς τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά, το υπόβαθρο, την εκπαίδευση, τα επαγγελματικά προσόντα και τις δεξιότητές τους, το κίνητρο να εγκαταλείψουν τη χώρα καταγωγής τους και την προθυμία τους να εγκατασταθούν στη χώρα υποδοχής βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.⁴⁸ Επίσης, το πλαίσιο προσαρμογής στη χώρα υποδοχής και οι δυνατότητες ένταξης στη νέα κοινωνία ποικίλλουν.⁴⁸ Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τις ψυχικές διαταραχές και, ως εκ τούτου, να εξηγήσουν τις διαφορές που παρατηρούνται στον επιπολασμό των παθήσεων, αλλά δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία σε αυτόν τον τομέα.

Πίνακας 2. Συσχετίσεις μεταξύ των ψυχολογικών μεταβλητών.

	MHLC self		MHLC s.oth.		MHLC luck	
	r/rho	p	r/rho	p	r/rho	p
PHQ-9*	-0,52	<0,001	0,06	0,695	0,39	0,014
HTQ-5**	-0,19	0,24	-0,16	0,317	0,38	0,017

*Στις συγκρίσεις της γραμμής χρησιμοποιήθηκε Spearman's rho, **Στις συγκρίσεις της γραμμής χρησιμοποιήθηκε Pearson's r

Πίνακας 3. Σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων και των ηπειρών καταγωγής (Mann-Whitney U test).

	Γυναίκες (N=23)	Άνδρες (N=17)	U	p	Αφρική (N=28)	Ασία (N=12)	U	p
PHQ-9	18,6 (4,5)	17,53 (5)	176.00	0.60	17.43 (5.17)	19.91 (3.53)	211.50	0.20
HTQ-5	2,66 (0,5)	2,54 (0,5)	175.00	0.58	2.52 (0.47)	2.6 (0.46)	151.50	0.64
MHLC self	22,61 (4,7)	22,65 (4,4)	198.00	0.96	23.04 (4.19)	21.67 (5.18)	131.00	0.28
MHLC s.oth.	22,15 (4)	24,29 (5,7)	238.50	0.24	23.14 (4.66)	22.92 (5.43)	169.50	0.98
MHLC luck	21,64 (5)	23,00 (6,1)	226.50	0.40	21.29 (4.97)	24,58 (6,05)	218.00	0.14

Πίνακας 4. Ανάλυση διαφορών ως προς τη γλώσσα εξέτασης κατά Games-Howell.

			Μέση Διαφορά	Τυπικό Σφάλμα	Τιμές t	Προσαρμοσμένοι βαθμοί ελευθερίας	Games-Howell p
PHQ-9	Αγγλικά	Φαρσί	-4,64	2,20	-2,12	15,20	0,12
	Αγγλικά	Λιγκάλα	-3,55	2,14	-1,66	14,33	0,26
	Φαρσί	Λιγκάλα	1,09	1,36	0,80	24,60	0,69
HTQ5	Αγγλικά	Φαρσί	-0,24	0,21	-1,15	19,44	0,50
	Αγγλικά	Λιγκάλα	-0,43	0,18	-2,34	14,46	0,08
	Φαρσί	Λιγκάλα	-0,17	0,15	-1,23	18,62	0,45
MHLC-self	Αγγλικά	Φαρσί	1,97	2,03	0,97	20,98	0,70
	Αγγλικά	Λιγκάλα	0,99	1,69	0,59	19,46	0,22
	Φαρσί	Λιγκάλα	-0,98	1,78	-0,55	19,86	0,84
MHLC-s.oth.	Αγγλικά	Φαρσί	0,63	2,78	0,25	19,80	0,9
	Αγγλικά	Λιγκάλα	0,66	2,08	0,32	13,60	0,9
	Φαρσί	Λιγκάλα	0,03	1,76	0,02	16,90	0,9
MHLC-luck	Αγγλικά	Φαρσί	-2,77	2,57	-1,08	20,68	0,54
	Αγγλικά	Λιγκάλα	0,88	2,13	0,41	15,61	0,15
	Φαρσί	Λιγκάλα	3,64	20,01	1,81	18,03	0,19

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για την έλλειψη στοιχείων, ένας από τους οποίους είναι ότι αυτοί οι παράγοντες συχνά δεν έχουν αξιολογηθεί καλά στις μελέτες. Η ανεργία έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία τόσο με την κατάθλιψη στη χώρα υποδοχής σε πρόσφυγες και μετανάστες όσο και με εξωτερική απόδοση ελέγχου γενικότερα.^{20,29,30}

Η τρέχουσα γνώση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου δεν επιτρέπει ακριβή πρόβλεψη για τις ομάδες ατόμων και ακόμη λιγότερο για τα ίδια τα άτομα.³³ Περαιτέρω μελέτες και η χρήση μεγάλων συνόλων δεδομένων σε διάφορες χώρες και ομάδες μεταναστών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό γενικών και ειδικών παραγόντων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη ψυχικών διαταραχών.³³

Το μέγεθος του δείγματος επιτρέπει περιορισμένες γενικεύσεις των ερευνητικών αποτελεσμάτων, αλλά μπορεί να αναδείξει συσχετίσεις ικανές να στηρίξουν περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον, η χρήση αποκλειστικά ποσοτικών ερ-

γαλίων μέτρησης που έχουν αναπτυχθεί στη Δύση σε άτομα μη δυτικού πολιτισμού, όπως γίνεται στην παρούσα, σαν ερευνητικός περιορισμός έχει απασχολήσει τη βιβλιογραφία. Αρκετοί συγγραφείς προτείνουν τη δημιουργία μελετών σχεδιασμένων λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του εκάστοτε πληθυσμού που ελέγχεται με την ταυτόχρονη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών εργαλείων.^{49,50}

Η ψυχιατρική διάγνωση θεωρείται παράγοντας ευαλωτότητας ικανός να συνηγορήσει σε ευνοϊκότερη απάντηση στη διαδικασία αίτησης ασύλου, κάτι που μπορεί να οδηγεί τους εξεταζόμενους στα εξωτερικά ιατρεία να υπερτονίζουν στοιχεία της πάθησής τους. Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν για την παρούσα έχουν αξιολογηθεί ήδη από δύο ειδικούς ψυχικής υγείας, στην πρώτη συνεδρία μετά την είσοδό τους χορηγήθηκαν τα ψυχομετρικά εργαλεία και η διάγνωση εισόδου στη μελέτη έγινε με βάση αυτά. Συνέχισαν υπό παρακολούθηση κατά τη

διάρκεια της συγγραφής της, χωρίς απρόβλεπτες αλλαγές στην πορεία τους υπό τις διαγνώσεις τους.

Καταλήγοντας, η παρούσα έρευνα αναδεικνύει το MHLC ως ένα αξιολόγο και χρήσιμο εργαλείο στην εκτίμηση των προσφύγων στην Ελλάδα που εμφανίζουν ψυχοπαθολογία, καθώς και των ασθενών με ΜΔΣ, ιδίως τώρα που μεταφράστηκε και στα Λινγκάλα. Το MHLC προτείνεται να χορηγείται στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης. Θα μπορούσε να αποτελεί ένα ακόμα εργαλείο στην αρχική αξιολόγηση, καθώς δείξαμε πως αυξημένη βαθμολογία στην MHLC-luck ή χαμηλή στην MHLC-self συνηγορεί υπέρ βαρύτερης ψυχολογικής επιβάρυνσης. Επίσης μπορεί να αξιοποιηθεί στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης

καθώς έπειτα μιας επιτυχούς παρέμβασης μαζί με την ύφεση της συμπτωματολογίας αναμένεται αύξηση στη βαθμολογία της MHLC-self.^{7,9-13}

Η έρευνα στο μέλλον θα μπορούσε να ωφεληθεί με τη συν-αξιολόγηση της ΑΕΥ με τις πολιτιστικές μεταβλητές που μπορούν να την επηρεάζουν. Στους πρόσφυγες θα μπορούσαν να συνεκτιμηθούν τα χρόνια διαμονής στη χώρα και η κοινωνικο-οικονομική προσαρμογή τους και να αναζητηθούν συσχετίσεις αυτών τόσο με την ψυχοπαθολογία όσο και με την ΑΕΥ. Επίσης θα μπορούσαν να αποτυπωθούν οι αναμενόμενες μεταβολές^{7,9,10,11,12,13} που θα αναδειχθούν στον εν λόγω πληθυσμό κατόπιν της θεραπείας και της αντιμετώπισης των ψυχικών τους προβλημάτων.

Βιβλιογραφία

1. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966, 80:1-28, doi:10.1037/h0092976
2. Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL. Is there a relation between locus of control orientation and depression? *J Abnorm Psychol* 1988, 97:357-367, doi: 10.1037/0021-843X.97.3.357
3. Gallagher MW, Naragon-Gainey K, Brown TA. Perceived Control is a Transdiagnostic Predictor of Cognitive-Behavior Therapy Outcome for Anxiety Disorders. *Cognit Ther Res* 2014, 38:10-22, doi: 10.1007/s10608-013-9587-3
4. *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Technical guidance on refugee and migrant health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018
5. April KA, Dharani, B, Peters K. Impact of Locus of Control Expectancy on Level of Well-Being. *Rev Eur Stud* 2012, 4:124-137, doi: 10.5539/RES.V4N2P124
6. Jacobs-Lawson JM, Waddell E, Webb AK. Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Curr Psychol* 2011, 30:173-183, doi: 10.1007/s12144-011-9108-z
7. Kasvikis Y, Mitsopoulou T, Alexiou E. Cognitive changes in health locus of control attributions after behavioral analysis in patients with panic disorder and/or agoraphobia. *Psychiatriki* 2022, doi: 10.22365/jpsych.2022.075
8. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev* 2016, 123:349-367, doi: 10.1037/rev0000033
9. Emmelcamp PMG. *Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research, and practice*. Plenum Press, New York, 1982
10. Levenson, H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 1973, 41:397-404, doi: 10.1037/h0035357
11. De las Cuevas C, Peñate W, Betancort M, Cabrera C. What Do Psychiatric Patients Believe Regarding Where Control Over Their Illness Lies? *J Nerv Ment Dis* 2015, 203:81-86, doi: 10.1097/NMD.0000000000000244
12. Larsen SE, Fitzgerald LF. PTSD symptoms and sexual harassment: the role of attributions and perceived control. *J Interpers Violence* 2011, 26:13:2555-2567, doi: 10.1177/0886260510388284
13. Smith NB, Sippel LM, Presseau C, Rozek D, Mota N, Gordon C et al. Locus of control in US combat veterans: Unique associations with posttraumatic stress disorder 5-factor model symptom clusters. *Psychiatry Res* 2018, 268:152-156, doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.015
14. Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol* 2005, 10.5:633-642, doi: 10.1177/1359105305055307
15. Cheng C, Cheung SF, Chio JH, Chan MP. Cultural meaning of perceived control: a meta-analysis of locus of control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychol Bull* 2013, 139:152-188, doi: 10.1037/a0028596
16. Hui, CC. Locus of control: A review of cross-cultural research. *Int J Intercult Relat* 1982, 6.3:301-323, doi: 10.1016/0147-1767(82)90036-0
17. Wrightson KJ, Wardle J. Cultural variation in health locus of control. *Ethn Health* 1997, 2:13-20, doi: 10.1080/13557858.1997.9961811
18. Naz MSG, Darooneh T, Salmani F, Badr FK, Ozgoli G. Relationship of Health Locus of Control with Breast Cancer Screening Belief of Iranian Women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019, 20:699, doi: 10.31557/APJCP.2019.20.3.699
19. Steptoe A, Wardle J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med* 2001, 53:1621-1630, doi: 10.1016/s0277-9536(00)00446-9
20. Bonetti D, Johnston M, Rodriguez-Marin J, Pastor M, Martin-Aragon M, Doherty E et al. Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychol Health* 2001, 16:655-674, doi: 10.1080/08870440108405865
21. van Dijk TK, Dijkshoorn H, van Dijk A, Cremer S, Agyemang C. Multidimensional health locus of control and depressive symptoms in the multi-ethnic population of the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013, 48:1931-1939, doi: 10.1007/s00127-013-0678-y
22. Calnan M. The health locus of control: an empirical test. *Health Promot* 1988, 2:323-330, doi: 10.1093/heapro/2.4.323
23. UNHCR Refugee Data Finder for years until 2021, UNHCR planning figures (COMPASS). Available from <https://reporting.unhcr.org/greece#toc-populations>
24. Triantafyllou K, Othiti I, Xylouris G, Moulla V, Ntre V, Kovani P et al. Mental health and psychosocial factors in young refugees, immigrants, and Greeks: a retrospective study. *Psychiatriki* 2018, 29:231-239, doi: 10.22365/jpsych.2018.293.231
25. Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first-generation migrants: a system-

- atic-narrative review of reviews. *Global Health* 2016, 12:1–13, doi: 10.1186/s12992-016-0187-3
26. Potochnick SR, Perreira KM. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. *J Nerv Ment Dis* 2010, 198:470–477, doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e4ce24
 27. Virupaksha HG, Kumar A, Nirmala BP. Migration and mental health: An interface. *J Nat Sci Biol Med* 2014, 5:233–239, doi: 10.4103/0976-9668.136141
 28. Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl psychiatry* 2017, 7:e1149, doi: 10.1038/tp.2017.119
 29. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016, 352:i1030, doi: 10.1136/bmj.i1030
 30. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2015, 15:1–41, doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
 31. Berg AO, Melle I, Rossberg JI, Room KL, Larsson S, Lagerberg TV et al. Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2011, 11:1–9, doi: 10.1186/1471-244X-11-77
 32. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005, 365:1309–1314, doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
 33. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018
 34. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 2012, 200:216–223, doi: 10.1192/bjp.bp.110.084764
 35. Kühne P, Rübler H. *Die Lebensverhältnisse der Flüchtlinge in Deutschland [The living conditions of refugees in Germany]*. Campus, Frankfurt, 2000
 36. Yotebieng KA, Fokong K, Yotebieng M. Depression, retention in care, and uptake of PMTCT service in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo: a prospective cohort. *AIDS Care* 2017, 29:285–289, doi: 10.1080/09540121.2016.1255708
 37. Dadfar M, Kalibatseva Z, Lester D. Reliability and validity of the Farsi version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with Iranian psychiatric outpatients. *Trends Psychiatry Psychother* 2018, 40:144–151, doi: 10.1590/2237-6089-2017-0116
 38. Berthold SM, Mollica RF, Silove D, Tay AK, Lavelle J, Lindert J. The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *Eur J Public Health* 2019, 29:468–474, doi: 10.1093/eurpub/cky256.
 39. Kleijn WC, Hovens JE, Rodenburg JJ. Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist–25 in different languages. *Psychol Rep* 2001, 88:527–532, doi: 10.2466/pr0.2001.88.2.527
 40. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978, 6:160–170, doi: 10.1177/109019817800600107
 41. Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2012
 42. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health* 2007, 7:295, doi: 10.1186/1471-2458-7-295
 43. Brislin RW. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *J Cross Cult Psychol* 1970, 1:185–216, doi:10.1177/135910457000100301
 44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001, 16:606–613, doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
 45. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019, 365:l1476, doi: 10.1136/bmj.l1476
 46. Delacre M, Lakens D, Leys C. Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test. *Int Rev Soc Psychol* 2017, 30:92–101, doi: 10.5334/irsp.82
 47. Hovenkamp-Hermelink JHM, Jeronimus BF, van der Veen DC, Spinhoven P, Penninx BWJH, Schoevers RA et al. Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *J Affect Disord* 2019, 253:26–34, doi: 10.1016/j.jad.2019.04.005.
 48. Tsitselikis, K. Refugees in Greece: facing a Multifaceted labyrinth. *Int Migr* 2019, 57:158–175, doi: 10.1111/imig.12473
 49. Prince, M. Measurement validity in cross-cultural comparative research. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008, 17:211–220, doi: 10.1017/S1121189X00001305
 50. Bartholomew, TT, Brown, JR. Mixed methods, culture, and psychology: A review of mixed methods in culture-specific psychological research. *Int Perspect Psychol: Res Pract Consult* 2012, 1:177, doi: 10.1037/A0029219

Research article

Mental health locus of control in refugees with clinically established psychopathology

Antonis Tsionis,¹ Dimitris Pantoglou,² Yiannis Kasvikis³

¹University Mental Health Research Institute Kostas Stefanis, Athens,

²Department of Mathematics, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki,

³Behavior Treatment Unit, Hellenic Center for Mental Health and Research, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 21 March 2022/Revised 4 July 2022/Published Online 11 November 2022

ABSTRACT

The present study attempts to examine the mental health locus of control (LOC) of refugees with clinically diagnosed psychopathology and to examine the possible association of LOC with the presentation of the psychopathology. LOC refers to the degree to which a person attributes what happens in their life to themselves or to external factors. It draws its theoretical background from Rotter's theory of social learning. External LOC has been linked to psychopathology in anxiety disorders (AD), depression and post-traumatic stress disorder (PTSD), of which migrants are primarily at risk in comparison to the indigenous population. This is a descriptive cross-sectional study. The study involved 40 refugees who were referred to the psychiatric office, by the psychologists of a non-governmental organization, due to clinically established psychopathology. In the first session, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Harvard Trauma Questionnaire-5 (HTQ5) were administered, according to the score of which the psychologists' referral diagnoses were confirmed. To assess the LOC the Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire (MHLC) was administered, which measures LOC in self, significant others, and luck. The questionnaires were administered in English, Farsi, and Lingala. We translated the MHLC questionnaire to Lingala for the needs of the present study and the validity of the translation was ensured using back-translation, from English to Lingala and from Lingala back to English by different translators to control the identification of the English texts. Refugees scored lower on self and higher on significant others and chance. Correlations between LOC and the presentation of psychopathology were sought. A negative correlation was found between the severity of depression and the score on self on the MHLC, a finding that has also been demonstrated in other studies. The intensity of depression was positively correlated with the score of MHLC on luck. There was also a positive correlation between the intensity of the symptoms of PTSD and the score of MHLC to luck, in our sample. The present study highlights the Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire as a remarkable and useful tool in the assessment of refugees with psychopathology in Greece.

KEYWORDS: Mental health locus of control, refugees, depression, post-traumatic stress disorder