

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.13:661.89-008.441.33:159.922.4:615.851

Для цитирования: Кох Э., Бахманн В., Мюллер М.Й., Ассион Г.-Й. Диагностика и психотерапия аддиктивных расстройств в разных культурах (распространенность, концепции и факты). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 108–115. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-108-115](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-108-115)

Диагностика и психотерапия аддиктивных расстройств в разных культурах (распространенность, концепции и факты)

Кох Э.¹, Бахманн В.², Мюллер М.Й.³, Ассион Г.-Й.⁴

¹ Марбургский университет имени Филиппа, Марбург, Германия

² Психотерапевтическая практика, Гоф, Германия

³ Клиника Оберберг, Берлин, Германия

⁴ LWL-клиника, Дортмунд, Германия

РЕЗЮМЕ

Аддиктивные расстройства широко распространены в разных странах независимо от принадлежности к определенной культуре и влекут за собой высокие медицинские и экономические издержки. Растет количество исследований аддиктивного поведения, но по-прежнему недостаточно научных данных относительно культуральных аспектов. Отсутствуют достоверные данные, полученные по материалам исследований, объектом которых являются представители различных наций и культур. В статье обсуждаются распространенность, этиология и психотерапевтическое лечение пациентов с аддиктивным поведением с транскультуральной точки зрения.

Ключевые слова: аддиктивные расстройства, употребление алкоголя, транскультуральная медицина, наркологическое лечение, психотерапия.

Встречаемость аддиктивных расстройств (эмпирические данные)

Используемое в статье понятие «аддиктивное расстройство» (англ. Substance Use Disorder) относится к новому определению в DSM-5. В нем обобщены более ранние категории злоупотребления психоактивными веществами и зависимости DSM-IV, которые в зависимости от степени тяжести распределяются от легких до тяжелых [1].

Спиртные напитки употребляют во всем мире, но в разных регионах количественные показатели потребления на душу населения различаются. Германия со средним ежегодным потреблением 9,6 л чистого алкоголя на душу населения стоит на 13-м месте в Европе, после Чехии, Румынии, Словении и других государств [2]. При выборочном учете в Германии в 2012 г. обнаружено, что 15,1% опрошенных в течение последних 30 дней воздерживались от употребления алкоголя, 57,3% употребляли спиртные напитки с низким риском для здоровья, 14,2% – с высоким риском. Злоупотребляют 3,1%, зависимы от алкоголя 3,4%. Алкогольная зависимость составляет у женщин 2,0%, у мужчин – 4,8% [3]. В Африке, Азии или на Среднем Востоке по сравнению с этим характерно употребление менее 1 л алкоголя на душу населения в год. Такие большие различия обусловлены не только культурными, но и социологическими и экономическими причинами [4].

В России в 2008-2010 гг. потребление было выше среднего уровня, составляя 15,1 л чистого алкоголя на человека в год, причем потребление у мужчин составляло 23,9 л и было значительно выше, чем у женщин – 7,8 л. Для сравнения: в Европе среднее потребление составило 10,9 л на душу населения в год. Таким образом, потребление алкоголя в России намного превышало этот показатель. Опрошенные употребляли преимущественно водку (51%), пиво (38%) и вино (11%).

По данным ВОЗ, 17,4% населения России (31,0% мужчин, 6,2% женщин) имели психическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и 9,3% (16,5% мужчин; 3,3% женщин) страдали алкогольной зависимостью. По сравнению с европейским регионом, где в среднем 7,5% населения больны психическими расстройствами вследствие употребления алкоголя и 4,0% страдают алкогольной зависимостью, частота встречаемости этих заболеваний в России намного выше средней [5].

Резюме: употребление алкоголя зависит от культурных, экономических и социальных факторов.

Аддиктивные и другие психические расстройства у меньшинств

Данные по распространенности алкогольной зависимости в течение жизни как сопутствующего заболевания с другими психиатрическими диагнозами сильно различаются. Более трети пациентов с биполярным расстройством и шизофренией страдают коморбидной алкогольной зависимостью. Можно ожидать, что с похожей частотой распространена заболеваемость биполярным или шизофреническим расстройствами в разных культурах, при всем этом в контексте миграции целенаправленные исследования по этой проблеме отсутствуют до сих пор [6].

Корреляции между расстройством дефицита внимания/гиперактивности (РДВГ) и аддикцией в последнее время привлекают возрастающее внимание. Нарушения мотивации постулировались для обоих заболеваний. Результаты, полученные при помощи методов нейровизуализации, подчеркивают коморбидность аддиктивных расстройств при РДВГ во взрослом возрасте и приписывают её нейронным дисфункциям в системе вознаграждения [7]. В то время как общая распространённость РДВГ составляет во взрослом возрасте 2–6%, до 30-50% зависимых от ПАВ страдают РДВГ.

По исследованию König et al. [8], из 50 зависимых от опиатов соответствовали критериям РДВГ во взрослом возрасте 35 человек, 19% демонстрировали стойкие симптомы. В выборке больные РДВГ на начало заболевания аддикцией были моложе, имели более низкие значения IQ и были чаще осуждены или лишены свободы, чем больные РДВГ без сопутствующей зависимости. Авторами сделан вывод, что РДВГ может оказывать негативное влияние на возникновение и выраженность болезней зависимости. Несмотря на высокую корреляцию между РДВГ во взрослом возрасте и аддиктивными расстройствами, до сих пор отсутствуют основные данные для пациентов-мигрантов.

Отмечена высокая коморбидность аддиктивных расстройств с депрессиями и тревожными расстройствами. Если рассматривать, например, частоту тревожных расстройств в международном сравнении, то можно ожидать, что болезни зависимости часты и у мигрантов, при этом работы по этому вопросу ограничены [9, 10].

Резюме: алкогольная зависимость часто сопутствует другим нервно-психическим заболеваниям. Нет работ, целенаправленно исследующих культуральные взаимосвязи этого явления, или их очень мало.

Аддикция и миграция: ситуация в Германии

И в Германии всё ещё отсутствуют федеральные эпидемиологические исследования. Тем не менее несколько важных для психотерапевтического процесса высказываний можно встретить в локальных или региональных исследованиях: 1) возраст заболевания выше в определенных группах мигрантов [11]; 2) мигранты недостаточно представлены в наркологических учреждениях, скорее избыточно представлены в судебных клиниках [12]; 3) чем более специализировано предложение, тем более незначительна доля мигрантов [12]. Примером служит Гамбург, где доля мигрантов на рынке наркотиков составляет примерно треть, а доля их в амбулаторной или стационарной наркологической помощи составляет 5–10% [11]; 4) посещающие консультации лучше интегрированы в общество и семье [11, 13]; 5) у наркозависимых мигрантов установлена лучшая интеграция в семью, чем у немцев [11, 13].

Рабочая группа «Миграция и Психиатрия» федеральной конференции директоров проводила исследование ситуации обеспечения помощью в психиатрических больницах Германии. При этом учитывались доля пациентов с миграционным происхождением и их диагнозы. При сравнении пациентов из Турции и Восточной Европы были установлены различия в диагнозах. В то время как тревога и депрессия оказывались более частыми у пациентов турецкого происхождения, они значительно реже страдали болезнями зависимости по сравнению с пациентами, происходящими из Восточной Европы, у которых алкогольная зависимость была самым частым расстройством [14, 15].

Этиология аддиктивных расстройств: культурально-специфические факторы риска у мигрантов

Многофакторный генез аддиктивного поведения охватывает индивидуальные, социальные, культуральные и биологические факторы, которые, взаимодействуя, обуславливают злоупотребление ПАВ. Генетические факторы риска, по оценкам, составляют примерно 50%. Алкогольная зависимость независимо от

культуры высоко конкордантна у близнецов. Четверть зависимых от алкоголя имеют хронически больного алкоголизмом отца, у трети лиц с альфа-алкогольной зависимостью оба родителя страдали алкоголизмом [16].

Алкогольная зависимость описана как поведение, связанное с научением [17]. Важным фактором болезней зависимости является научение родительским способам поведения. Копинг-стратегии и неадекватное решение проблем родителями имеют большое влияние на поведение детей [18]. Этот аспект мог бы играть роль, прежде всего, у детей переселенцев из бывшего СССР, так как в этой группе существует высокая нагрузка алкогольной зависимостью [14, 15, 19]. Еще один социально-биологический аспект – эффект стресса как фактор роста потребления спиртных напитков или алкогольной зависимости [20]. Мигранты имеют более высокий риск столкнуться с рискованными жизненными событиями, травматическим опытом или обременительными жизненными обстоятельствами. Кроме того, они должны справляться с языковыми проблемами, экономическими трудностями или социальной маргинальностью [21].

Положительное влияние алкоголя на негативный аффект и тревожные состояния может повлечь увеличение потребления спиртных напитков при проблематичных жизненных событиях. У лиц с зависимостью в прошлом существует более высокий риск рецидива при увеличении стресса. Szaflarski, Cubbins и Ying [22] нашли у мигрантов первого поколения меньшую частоту злоупотребления алкоголем, чем у рожденных в США членов второго поколения. Риск клинического диагноза в связи с травматическими переживаниями был выше у мигрантов, чем у коренных жителей.

Лица с историей иммиграции подвергаются обусловленным миграцией нагрузкам [23], которые могут негативно влиять на уверенность в себе. Люди с меньшей уверенностью в себе или недостаточными копинг-стратегиями чаще реагируют импульсивным или агрессивным поведением. Таким образом, диссоциальное поведение может возрастать в семейном кругу. Высокие эмоциональные нагрузки могут способствовать потреблению спиртных напитков. Специфические черты личности для развития аддиктивного поведения не известны, хотя при алкогольной зависимости часто имеют место коморбидные личностные расстройства и антисоциальные аспекты.

Насыщенное конфликтами социальное взаимодействие считается еще одним этиологическим фактором аддиктивных расстройств. С одной стороны, в семьях мигрантов и в трудных ситуациях обычно существует высокая сплоченность. Зависимость от ПАВ зависит также от взаимодействия в семьях с миграционным происхождением [24]. Аддиктивное поведение индексного пациента может иметь первоначально стабилизирующий эффект на семейную связь и заслонять эмоциональные, травматические или финансовые конфликты. Ориентированные на семьи культуры склонны к укреплению семейной связи. Посредством нее пытаются избежать утраты уважения в этнических группах, которая обычно наступает вследствие аддиктивного поведения.

Социальная поддержка со стороны семьи может

тормозить отрицательные эффекты зависимости довольно долгое время, тем не менее недолго предотвращая утрату самоконтроля и социальное небрежение. Разные культурные аспекты и традиции могут отражаться на разнообразных формах аддиктивного поведения. Так, в разных культурах значительно различаются количество и вид употребляемых ПАВ [25].

Однако этнокультуральная дифференциация мигрантов с болезнями зависимости является проблематичной и базируется исключительно на клинических впечатлениях в рутинной практике лечения. Так как не хватает до сих пор систематических исследований, стоит избегать поспешных обобщений [26].

Аккультурация и аддикция

Процессы аккультурации сильно варьируют и зависят от социальных и личностных различий, что касается общества происхождения, интеграции в принимающей переселенцев стране и результата приспособления, аккультурации [27].

Существует мало публикаций, где обсуждается проблема аккультурации и лечения алкогольных заболеваний. В полевом исследовании 50 афганских мигрантов в Германии исследовалось потребление алкоголя [28]. Обнаружена значимая корреляция между бременем аккультурации и психическим расстройством, так же как между психическим расстройством и степенью тяжести потребления спиртных напитков. Эти отношения были независимы от того, существовало ли уже перед миграцией потребление спиртных напитков. Этим подкрепляется гипотеза, что проблемы аккультурации могут вызывать или усиливать потребление алкоголя.

Neff и Норре [29] исследовали злоупотребление алкоголем белых, черных и мексиканских американцев. Количество и частота потребления спиртных напитков были выше у мало аккультурированных мужчин и лучше у аккультурированных женщин. Слабо аккультурированные члены второго поколения потребляют большее количество алкоголя. Эти результаты показывают, что недостаточно назвать статус поколений или этническое происхождение, чтобы иметь возможность обсуждать аккультурацию. Авторы подчеркивают значение понятия маргинализации для аккультурации, хотя также оказывают влияние демографические и психосоциальные факторы.

Kulis et al. [30] охватили 4 измерения гендерной идентичности. Гендерный аспект в отдельности недостаточно информативен в отношении потребления наркотиков и установки на наркотики, в то время как гендерная идентичность дает возможность лучшего прогноза. Половая идентичность в большой мере связана с аккультурацией. Культурно предписанные половые роли обнаруживали защитный эффект по сравнению с потреблением наркотиков как у мужчин, так и у женщин.

Другое исследование указывает, что аккультурация связана с меньшей частотой алкогольных заболеваний среди мужчин и большей частотой высокого эпизодического употребления у женщин. Аккультурация оказывает разные эффекты на злоупотребление алкоголем мужчин и женщин. Это признается значимым Saentano et al. [31], так как специальная литература обнаруживает указания на повышенное потребление и рост обу-

словленных алкоголем проблем при лучшей аккультурации. Однако связь между аккультурацией и обусловленными алкоголем заболеваниями нелинейная и эффект аккультурации на злоупотребление алкоголем неоднороден.

Резюме: стили аккультурации и культурное происхождение – это факторы, способствующие или защищающие от формирования алкогольной зависимости.

Потребление спиртных напитков в Турции и мусульманских странах

Грубая категоризация по религиозным аспектам показывает большие различия. Потребление алкоголя незначительно, к примеру, в Африке и Турции (большинство мусульман), наконец, ислам запрещает употребление алкоголя и наркотиков; запрету следуют, тем не менее, по-разному, данные не поддаются статистическому учету [32, 33]. Потребление спиртного варьирует в мусульманских странах от 0,5% в Египте до 35,6% в Ливане. Соответствующим образом различна доля людей с алкогольной зависимостью – от 0,2% в Египте до 7,3% в Иране. В Турции ежегодная распространенность потребления алкоголя меньше (19,6%), чем во всех других европейских странах. Доля лиц с алкогольной зависимостью также очень низкая (1,3%). В европейских странах эта частота распространенности составляет около 62–97,5% и 2,2–12,2% [34]. Традиционные семьи в этих культурах следуют запрету спиртных напитков. Типично иерархическое отношение родителя и ребенка. Копинг-стиль характеризуется в соотвествии с этим репрессиями и санкциями, и социальная интеграция скорее незначительна [35].

В таких группах любое употребление ПАВ презираемо как социальное отклонение. Могут актуализироваться конфликты норм при сильном отличии идеальных представлений и будней [36]. Неудивительно, что молодые люди с турецким происхождением ищут помощь в русле семейных структур и этнических общин и мало знают о профессиональном консультировании или не пользуются им вовсе [37].

В Турции установлена алкогольная зависимость и вредное потребление у 0,65% женщин и 1,77% мужчин. Наркомания очень низка как у женщин (0,01%), так и у мужчин (0,03%). О внутривенном потреблении нет данных. Масштаб алкогольной и наркотической зависимостей долгое время недооценивали и пренебрегали исследованиями по этой теме. Только в начале 80-х годов был основан в Психиатрической клинике в районе Бакыркёй центр для лечения алкогольной и наркотической зависимостей [33]. Потребление табака высоко в Турции: 17,3% женщин и 45,9% мужчин курят ежедневно. Продолжительность жизни составляет для женщин 75 лет и для мужчин 71 год [38, 39].

Резюме: потребность в обеспечении помощи зависимым от алкоголя лицам существует вопреки запрету спиртных напитков и в мусульманских странах.

Потребление спиртных напитков в России

В России недостаточно эпидемиологических данных об употреблении алкоголя. Социальное значение потребления спиртных напитков высоко и широко распространено самогонование. Масштаб злоупотребления алкоголем оценивается приблизительно. Иначе чем в официальной статистике (10,6 л на каждого в год) потребление чистого алкоголя оценивается экспертами

в 13–15 л с тенденцией роста с 1990-х гг. [34, 40].

Согласно ВОЗ, существуют следующие данные: имеет место алкогольная зависимость и вредное потребление у 2,58% женщин и у 16,29% мужчин. Наркомания у женщин составляет примерно 0,23%, у мужчин – 0,72%. Внутривенное потребление, по оценкам, составляет 274,6 человек на 100 000 жителей.

Репрезентативное исследование 151 000 участников в России показало, что 19% опрошенных мужчин и 2% опрошенных женщин потребляют одну или большее количество 0,5-литровых бутылок водки в неделю. Далее оказалось, что потребление водки соотносилось высоко с потреблением табака: 69% участников исследований, которые пили бутылку водки в неделю, сообщали о потреблении табака. Среди лиц с более тяжелым злоупотреблением алкоголем потребление табака составляло 89%. Из умерших в период опроса мужчин-участников исследования 51,9% умерли в связи с потреблением спиртных напитков, в то время как доля женщин составила примерно 34% [41].

В России и государствах бывшего Советского Союза много курильщиков; так, 19,7% женщин и 65,5% мужчин курят ежедневно. Высокое потребление спиртных напитков и потребление табака отражается также на продолжительности жизни, в России для женщин примерно 73 года и для мужчин примерно 60 лет [38, 39].

Shield & Rehm установили, что алкоголь отвечает в среднем за 187 смертельных случаев на 100 000 человек населения [42]. Алкоголь в России – это частая причина ранних случаев смерти, что происходит в силу вида и размера потребления. С тех пор как появились изменения в алкогольной политике, потребление и частота смертности снизились [43].

Перед и непосредственно после миграции русские мигранты склонны к нереально высоким ожиданиям качества жизни в Германии, которая идеализируется как страна иммиграции. Но опыт безработицы и проблемы понимания, как стрессовые жизненные события, разочаровывают людей. Это склоняет к усиленному потреблению спиртных напитков. С одной стороны, могут существовать трудные семейные сочетания, с другой стороны – существует тесная семейная связь. Злоупотребление ПАВ взаимосвязано со стилями взаимодействия в семьях [24]. Семьи с аддиктивным членом из Восточной Европы или России склонны к варибельному копинг-стилю. Потребление спиртных напитков принято на их родине. Семейная роль ребенка менее иерархична и семьи частично хорошо интегрированы.

При сравнении русских и турецких мигрантов оказывается, что турки обнаруживали более высокую частоту никотиновой зависимости и, напротив, меньшую частоту алкогольной зависимости. Русские и немецкие выборочные пробы были сопоставимы в отношении потребления спиртных напитков [44].

Сначала зависимость индексного пациента в семьях мигрантов имеет часто стабилизирующий эффект на семейную связь и может помогать заслонять эмоциональные, травматические или финансовые конфликты. Именно ориентированные на семьи культуры склонны к сплоченности в нуклеарной семье. Вследствие этого избегается утрата уважения в этнической группе, так как зависимость видится как негативная во многих

культурах. Знание об обычных группах сверстников и социально-политическом происхождении, а также об экономической ситуации – это важная предпосылка для успешного лечения мигрантов с заболеваниями зависимости в Германии [35].

Резюме: в Восточной Европе и России при растущей частоте распространенности потребления спиртных напитков имеется высокая потребность в обеспечении наркологической помощью и исследовании.

Психотерапевтические приемы и выводы для клиники

Основы терапии заболеваний зависимости охватывают ослабление синдрома отмены, введение регенерации, сенсбилизацию для сокращения поражения и профилактику рецидивов. Мигранты с риском или существующим заболеванием зависимости нуждаются в полипрофессиональной поддержке, учитывая культуральные и относящиеся к миграции факторы. Научно обоснованное лечение с опорой на существующие медицинские руководства положения должно быть частью стратегии, равным образом учитывающей психотерапию, психофармакотерапию и психосоциальную поддержку. Таким образом, достигаются лучшие результаты [45]. Поэтому лечебный процесс нуждается в культуральном компоненте дополнительно к общепринятому процессу.

Разумеется, существующее положение с данными недостаточно. Мы знаем, что использование стационарной психотерапии мигрантами с заболеваниями зависимости незначительно. Доля пациентов с миграционным происхождением составляла при уже упомянутом предварительном исследовании федеральной конференции директоров [14] примерно 21,8%, в психотерапевтически ориентированной реабилитации аддикций, напротив, только 11,4%. О частоте амбулаторной психотерапии пока нет достоверных данных.

Также нет значимых исследований по вопросу психотерапевтических концепций. Публикации по теме появились из практики и часто содержат описания единичного случая. При этом по достоверным источникам эффективные консультативные и терапевтические приемы, такие как концепция 12 шагов Анонимных Алкоголиков (где центрально важны духовность и ориентация на ценности) или мотивационные короткие воздействия по Prochaska и DiClemente [46], не исследованы у пациентов-мигрантов.

Указания на возможную эффективность психотерапии у пациентов с историей иммиграции дает разработанный Miller и Rollnick прием мотивационных интервью (МИ) [47, 48]. На переднем плане при этом хотя и клиент-ориентированном, но все же директивном приеме ведения разговора, иначе, чем при конфронтационном методе, стоит целенаправленное содействие внутренней мотивации к изменению проблематичного поведения. Терапевтическая общая концепция опирается на 2 фазы терапии: содействие мотивации к изменению (фаза 1) и укрепление целей, пути и конкретного плана изменения (фаза 2). Здесь важно подчеркивать достигнутое партнерское отношение между пациентом и терапевтом, в котором профессионально встречается также сопротивление со стороны обратившегося за помощью и целенаправленно оценивается и укрепляется его индивидуальный потенциал изменения при соблюдении его

автономии.

Чтобы учреждать эту концепцию как прочный терапевтический прием в транскультуральной психотерапии, необходимы адаптации в соответствии с различным культурным фоном. Li et al [49], проводившие культурально адаптированные мотивационные интервью (КАМИ) с зависимыми от алкоголя лицами испанского происхождения, сообщали, что 95% опрошенных высказывали точку зрения, что понимание их алкогольной зависимости возможно только при понимании их культуры.

Parla [32] указывает в этой связи на значение родного языка как эмоционального языка, на котором можно лучше выразить чувства. Мигрант может быстрее построить доверительные отношения с терапевтом, говорящим на его родном языке, что повышает возможности идентификации и укрепляет терапевтическую мотивацию пациента. Таким образом, не является неожиданностью, что американцы с мексиканским происхождением, получавшие короткое мотивационное воздействие от специалистов, говорящих на родном языке, обнаруживали лучшие результаты в 12-месячный катамнестический период. Лечение на родном языке было особенно успешно у лиц испанского происхождения, которые не были рождены в Америке или были меньше аккультурированы. Специалисты, говорящие на родном языке, могут способствовать успеху лечения за счет культуральной компетенции и этноспецифического видения аддиктивного поведения и структуры доверительной коммуникации, что часто помогает больным [50]. Однако есть случаи, в которых мигранты предпочитают немецких терапевтов, прежде всего, если тема аддикции представляет собой табу в собственной общине. Эти мигранты полагают, что могут оставаться анонимными или что с ними будут обращаться более непредвзято [51].

Построение терапевтических концепций на лечении на родном языке не является, с нашей точки зрения, главной целью, так как соответствующие специалисты не находятся в распоряжении в необходимом разнообразии языков и количестве. Психотерапевтическая работа с переводчиками в амбулаторной сфере еще непривычна и расходы на переводчика в основном не оплачиваются больничными кассами, что и дальше ограничивает этот рациональный метод.

Lackner [52] считает терпение при преодолении феноменов сопротивления и приемлемость культурно привычных ритуалов основой психотерапии в транскультуральном контексте. Семейно-терапевтическая организация психотерапевтического лечения рекомендуется Naasen et al. [11], которые занимались исследованием психосоциальных аспектов зависимости у мигрантов. Семейная структура была исправна еще у двух третей из 51 участника (43 мужчины и 8 женщин, 66% турецкого миграционного происхождения). Тяжесть зависимости была значимо меньше у участников с законченным школьным образованием, профессиональной подготовкой или хорошим знанием немецкого языка. Имело место высокое совпадение аддиктивного поведения с конфликтами в семье и в социальном контексте. Хороший прогноз был, прежде всего, у тех, кто позже начинал употребление аддиктивных средств и имел действующую семейную структуру.

По возможности в процессе лечения должен участвовать член семьи или хороший друг, чтобы усиливать такие социальные ресурсы. Если существуют сомнения в отношении достаточности знания немецкого языка, с целью поддержки пациента нужно обязательно привлечь переводчика [36].

Связь между хорошим знанием немецкого языка и более легким течением наркологического заболевания объясняется как положительный эффект лучшей интеграции. Naasen et al. рекомендовали [28] необходимость ранних вмешательств как в медицинских рамках, так и в консультативных центрах. Из 50 участников 36 посетили в прошлом месяце перед беседой врача либо консультанта.

Также есть сообщения по поводу таких особых наблюдений, как терапевтические приемы по лечению зависимости от анальгетика тилидин молодых мигрантов [53]. В нескольких публикациях обсуждаются превентивные мероприятия [44, 54, 55] и указывается на необходимость информационного материала на родном языке. Однако в полиэтничном обществе превентивные стратегии равным образом не могут подходить для всех групп, так что необходимо дифференцировать программы и терапевтические подходы для разного культурного фона [56].

Группы самопомощи, к примеру, у некоторых этносов не известны и существуют высокие барьеры для участия в них. Поэтому требуется специальная информация и видоизменение терапевтического сеттинга [57]. Это необходимо в силу появления новых амбулаторных видов лечения и оценки [58].

Кроме того, коморбидность аддиктивных расстройств может скрывать симптомы других психиатрических расстройств, уменьшать их или даже усиливать. Это может вести к диагностическим трудностям у людей с историей иммиграции. Заболевания зависимости отличаются как среди этнических групп, так и в зависимости от различных окружающих факторов. Интегрированная стратегия лечения должна достигать и того и другого, учитывать как миграционное происхождение, так и содержать классические стратегии лечения [59].

Резюме: культуральная компетенция, этноспецифическое видение аддиктивного поведения и структуры доверительной коммуникации нужно учитывать в концепциях лечения наркологических больных с миграционным происхождением.

Индивидуализированная наркологическая работа среди больных с историей иммиграции. Сообщение об опыте клиники психиатрии и психотерапии Vitos в Марбурге

Как следствие волны переселенцев из областей бывшего Советского Союза в конце 1980-х гг. появился большой спрос на дезинтоксикацию примерно с 1990-го года. Однако пациентов нельзя было интегрировать в большинстве случаев в немецкую систему наркологической помощи, в отделениях обнаруживался высокий агрессивный потенциал и процесс лечения часто нарушался. Как ответ на эти проблемы различные модели интеграции специфических для культуры элементов испытывались в лечении этой группы пациентов. Лечение продолжало оставаться неудовлетвори-

тельным.

В Марбурге пациенты русского происхождения принимались в небольшие группы, были созданы дополнительные предложения по лечению на русском языке, к лечению приобщены родственники, однако результаты лечения не улучшались. Как следствие осталось ограничение доступа пациентов русского происхождения к стационарной дезинтоксикации, чтобы иметь возможность контролируемо отслеживать тяжелую динамику.

Чтобы проверить этот опыт, в клинике Vitos Марбурга точнее рассматривались данные пациентов-мигрантов, находящихся на лечении в 2012 г. по поводу заболевания зависимости. При этом выявлена гетерогенная группа относительно различных параметров течения аддикции. Количество предшествовавших курсов дезинтоксикации варьировало от 0 до 20. Примерно треть пациентов закончили один или несколько курсов наркологического лечения. Относительно терапевтического ассортимента медикаментозное лечение (в большинстве случаев синдром отмены) было оценено примерно 2/3 пациентов как очень полезное; психотерапевтические индивидуальные беседы принимались более положительно, чем групповая терапия.

В транскультурально организованном наркологическом ассортименте следует обращать внимание на следующие аспекты в содержании и методике: в начале лечения аддикции большинство пациентов находятся в фазе двойственности, и потребность в продолжении потребления ПАВ противоречит вызванным вследствие этого проблемам. Как мотивы для потребления, так и опасения в отношении собственной компетенции абстиненции, а также, например, страх перед утратой автономии индивидуально очень различны. Давно интернационально оправданный метод для исследования этих индивидуальных целевых представлений, желаний, двойственностей и страхов – это мотивационное интервью [47, 48, 60]. Учет специфических для культуры особенностей содержится там имплицитно и становится терапевтически эффективным. При последовательно персонализированном приеме лечения аддикции становится очевидным для пациента как индивидуальный, так и сопряженный с ним культурный фон (например, определенные семейные ритуалы, запреты, догматы веры и т. д.), который понимается терапевтом и становится актуальным для лечения. Это имеет значение не только для единичного сессинга. Так, например, для укрепления мотивации к абстиненции к концу групповой терапии в стационаре дезинтоксикации с просьбой, чтобы каждый участник высказал два самых важных для него преимущества действительной абстиненции, терапевтом может быть введено укрепление мотивации без ограничений по миграционному признаку. При этом их личная оценка часто понятна из миграционного фона, может оставаться в группе как вотум и содействовать их интеграции, как правило, в относящееся к разным культурам сообщество пациентов. МИ предлагает, таким образом, также в транскультуральной терапии аддикции поддающуюся изучению основу для создания рабочих отношений в терапевтическом контексте, улучшает мотивацию к изменению, исследует и разрешает двойственность и фокусируется вместе с тем всегда на культурно-

обусловленных составляющих личности [61].

В присоединяющемся к дезинтоксикации дневном клиническом/амбулаторном лечении можно продолжить работать углубленно над созданием и учетом (культурно-) специфических особенностей, которые внесли, возможно, вклад в начало/поддержание проблемы или все еще вносят, чтобы получить снова доступ к управлению собственным поведением в желаемом смысле.

В таких цитатах, как например: «*Не дело вмешивать полицию в семейные дела ...*», «*Если ты со мной за рождение твоего сына не вытешь ...*», «*Идешь в клинику, платишь, и они все сделают*», – частично проясняется, что за этими высказываниями иногда лежат глубоко укоренившиеся убеждения, способствующие более близкому пониманию соответствующей культуры с ее причинной обусловленностью, в которую так верят или перенимают пациенты. В каждом отдельном случае ставится вопрос: Как мне побудить сидящего передо мной рассказать о себе, и открыть себя самого и мои стереотипы для него, если и не забывать их, то, по крайней мере, не упускать из виду и контролировать? В регулярных обучающих мероприятиях основы мотивационного ведения разговора способствуют ознакомлению новых сотрудников с этим методом и гарантируют всеобщий высокий уровень знаний в стационаре.

Перспективное направление

Транскультуральная психотерапия при аддиктивных расстройствах имеет социальное и медицинское значение. До сих пор имеются недостаточные научные данные, а значение стресса и связанного с миграцией травматического опыта едва исследовано.

Необходимо оказывать большее внимание культурным аспектам в будущем, если речь идет о психотерапии наркологических заболеваний и зависимости. Мы нуждаемся в опросниках и других инструментах исследования с возможностью оценки в разных культурах. Кроме того, отсутствуют концепции и терапевтические руководства или модификация существующих концепций для транскультурального лечения и его оценки. Это требует закрепления культуральной компетентности в психотерапевтическом образовании, психотерапевтических и медицинских профессиональных обществах и учреждениях [19, 62, 63].

Итог для практики

Компетентный в вопросах миграционного фона сбор анамнестических данных должен охватывать наряду с данными о миграционной биографии также стратегии аккультурации. Беседа об опыте миграции укрепляет отношение между пациентом и врачом [64, 65]. Речь идет о том, чтобы видеть не только чужое в другом во встрече с пациентами, но и отражать собственные установки [66] и изменять культуру наркологической терапии таким образом, чтобы все пациенты получали справедливый и возможно наиболее равноправный доступ к психиатрическому и психотерапевтическому лечению.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования

при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, 2013.
- DHS. Jahrbuch Sucht 2013.
- Pabst A., Kraus L., Gomes de Matos E., Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*. 2013; 59(6): 321–31.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon: EMCDDA, 2012.
- Global status report on alcohol and health. 2014.
- Assion H.J., Brieger P., Bauer M. (Hrsg). Bipolare Störungen: Das Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 2013: 74–81.
- Stoy M., Wrase J., Heinz A., Ströhle A. ADHS und Sucht – Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren. *Sucht*. 2006; 52(6) 386–394.
- König S., Wodarz N., Unglaub W., Johann M. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei erwachsenen Drogenabhängigen. *Psychiatr Prax*. 2007; 34(1): S71–72.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264: 2511–18.
- Agorastos A., Ströhle A. Angststörungen. In: Machleidt W., Heinz A. (Hrsg). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier Urban & Fischer 2011: 293–306.
- Haasen C., Toprak M.A., Yagdiran O., Kleinemeier E. Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. *Suchttherapie*. 2001; 2: 161–166.
- Krahl W. Sucht und Migration in der Forensischen Psychiatrie. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 92–118.
- Haasen C., Heimann H., Penka S., Heinz A. Abhängigkeit und Sucht. In: Machleidt W., Heinz A., Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. München: Elsevier, 2011: 375–385.
- Koch E., Hartkamp N., Siefen R.G., Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*. 2008, 79: 328–339.
- Schouler-Ocak M., Bretz H.J., Penka S., Koch E. et al. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry*. 2008; 23, S1: 21–27.
- Clark D.B., Moss H.B., Kirisci L., Mezzich A.C. et al. Psychopathologia in Preadolescent Sons of Fathers with Substance Use Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997, 36: 495–502.
- Kiefer F. Complete Suppression of Craving in Alcohol-Dependent Individuals. Is it Possible? *CNS Drugs*. 2009; 23: 361–367.
- Tuna S. Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman R., Tuna S., Lessing A., Hrsg. Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1999.
- Koch E., Müller M.J. Migration und Krankenhaus: Interkulturelle Öffnung des Vitos Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg. *Hess. Ärzteblatt*. 2012; 7: 434–39.
- Zimmermann U., Blomeyer D., Laucht M., Mann K.F. How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2007; 86: 246–262.
- Patel V., Flisher A.J., Cohen A. Social and cultural determinants of mental health. In: Murray R.M., Kendler K.S., McGuffin P., Wessely S. et al. Eds. Essential Psychiatry. Fourth Edition, Cambridge University Press, 2008: 419–433.
- Szaflarski M., Cubbins L.A., Ying J. Epidemiology of alcohol abuse among US immigrant populations. *J Immigr Minor Health*. 2011; Aug; 13(4): 647–58.
- Müller M.J., Koch E. Stressors related to immigration and migration background in Turkish patients with psychiatric disorder: validity of a short questionnaire. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 13(6), 1019–1026.
- Kimil A., Salman R. Migration und Sucht. In: Hegemann T., Salman R., Hrsg. Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2010: 368–382.
- Randolph W.M., Stroup-Benham C., Black S.A., Markides K.S. Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health Res World*. 1998; 22(4): 265–9.
- Assion H.J., Koch E. Substance Abuse and Addiction Among Divergent Ethnic Groups. In: Barnow S., Balkir N. (Hrsg) Cultural Variation in Psychopathology: From Research to Practice. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2012: 206–218.
- Berry J.W. Immigration, Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology: An international review*. 1997, 46(1): 5–34.
- Haasen C., Sinaa M., Reimer J. Alcohol Use Disorders Among Afghan Migrants in Germany. *Substance Abuse*. 2008. 29(3).
- Neff J.A., Hoppe S.K. Acculturation and drinking patterns among U.S. Anglos, blacks, and Mexican Americans *Alcohol*. 1992; May; 27(3): 293–308.
- Kulis S., Marsiglia F.F., Hurdle D. Gender Identity, Ethnicity, Acculturation, and Drug Use: Exploring Differences among Adolescents in the Southwest. *J Community Psychol*. 2003; 31(2): 167–188.
- Caetano R., Ramisetty-Mikler S., Wallisch L.S., McGrath C., Spence R.T. Acculturation, drinking, and alcohol abuse and dependence among Hispanics in the Texas-Mexico border. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; Feb; 32(2): 314–21.
- Parla F. Migration und Drogenabhängigkeit. Eine vergleichende Studie von türkischen Jugendlichen in Deutschland und in der Türkei. Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Band 9. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, 2007.
- Mutlu E. Strategien der Entzugsbehandlung in der Türkei. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 47–58.
- Obot I.S., Room R. Eds. Alcohol, Gender and Drinking Problems Perspectives from Low and Middle Income Countries. WHO, 2005.
- Boos-Nünning U., Siefen R., Kirkcaldy B., Otyakmaz B.Ö. et al. Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 2002.
- Westermeyer J. Culture and Addiction Psychiatry. In: Tseng W.S., Streltzer J., Eds. Cultural Competence in Clinical Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004: 85–106.
- Penka S., Heimann H., Heinz A., Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *Eur Psychiatry*. 2008; 23(1): 36–42.
- WHO. Atlas on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders, Geneva: WHO, 2010.
- WHO. Global Health Observatory. 2013. www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life
- Malyutina S., Bobak M., Kurilovitch S. et al. Trends in alcohol intake by education and marital status in an urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol and Alcoholism*. 2004; 39: 64–69.
- Zaridze D., Lewington S., Boroda A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151.000 adults. *The Lancet*. 2014; 383: 1465–1473.
- Shield K., Rehm J. Russia-specific relative risks and their effects on the estimated alcohol-attributable burden of disease. *BMC Public Health*. 2015; 15: 482.
- Neufeld M., Rehm J. Alcohol Consumption and Mortality in Russia since 2000: Are there any Changes Following the Alcohol Policy Changes Starting in 2006? *Alcohol and Alcoholism*. 2013; 48: 222–230.
- Zeef A., Salman R., Krauth C., Walter U., Machleidt W. Prävention bei Migranten am Beispiel der Sucht. In: Machleidt W., Heinz A., Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier, 2011: 541–550.

45. Assion H.J., Bingöl H., Ozguerda S., Basilowski M. Patients of Turkish origin in an institutional psychiatric outpatient service. *MMW*. 2007; 149: 57–58.
46. Prochaska J., DiClemente C., Norcross C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 2004; 37: 1102–1114.
47. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. Third ed., New York: Guilford Press, 2012.
48. Miller W.R., Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2004.
49. Lee C.S., López S.R., Hernández L., Colby S.M., Caetano R., Borrelli B., Rohsenow D. A Cultural Adaption of Motivational Interviewing to Address Heavy Drinking among Hispanics. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2011; 17:317–324.
50. Field C., Caetano R. The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2010. Feb; 34(2): 262–71.
51. Gaitanides S. Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, 1998: 62–76.
52. Lackner R. Zugangswege zu jugendlichen Migranten mit Abhängigkeitsproblemen aus den ehemaligen GUS-Staaten. In: Erim Y., Hrsg. Klinische interkulturelle Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 2009: 278–287.
53. Ziemer M. Therapieansätze für die Behandlung von Tilidin-Abhängigkeit bei jugendlichen Migranten. *Suchtmed*. 2007; 3: 160.
54. Bermejo I., Frank F., Härter M., Walter-Hamann R. Alkoholprobleme älterer Migranten. Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes. *Soziale Arbeit*. 2011; 9: 329–336.
55. Bermejo I. Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 67–76.
56. Schouler-Ocak M., Haasen C. Sucht und Migration. *Sucht*. 2008; 54 (4): 268–270.
57. Kofahl C., Hollmann J., Möller-Bock B. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*. 2009; 52: 55–63.
58. Assion H.J., Zarouchas I., Multamäki S., Zolotova J., Schröder S.G. Patients' use of alternative methods parallel to psychiatric therapy: does the migrational background matter? *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116: 220–225.
59. Czycholl D. Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. Erfahrungen mit einer Spezialisierung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg, 1998
60. Arkowitz H., Westra H.A., Miller W.R., Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim Basel: Beltz Verlag, 2010.
61. Dlabal H., Volksdorf P. Individualisierte Suchtarbeit – ein sinnvoller Ansatz für Patienten mit Zuwanderungsgeschichte? In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 59–66.
62. Barth W., Czycholl D. Sucht. Migration. Hilfe. Geesthacht: Neuland, 2006.
63. Machleidt W., Koch E., Callies I.T., Schepker R., Ziegenbein M., Sieberer M.G., Salman R. Integration of Immigrants in Psychiatry and Psychotherapy. Experiences and Concepts in Germany and Europe. In: Barnow S., Balkir N. (Hrsg) Cultural Variation in Psychopathology: From Research to Practice. Göttingen: Hogrefe, 2012: 270–282.
64. Koch E., Assion H.J. Transkulturelle Psychiatrie: Alltag in Kliniken und Praxen: Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2011; (5): 301–11.
65. Koch E. Arzt-Patient-Beziehung und Transkulturelle Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. 2011; 41(1): 26–9.
66. Alarcon R.D. Culture, cultural factors and psychiatric diagnoses: Review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8: 131–9.

Поступила в редакцию 3.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

✉ Эххардт Кох, Профессор, доктор медицины Институт Европейской этнологии/культурологии Марбургского университета имени Филиппа, улица Вильгельма Росера 33а, 35 037. Марбург, Германия. E-mail: eckhardt.koch@vitos.de

УДК 616.89-008.441.13:661.89-008.441.33:159.922.4:615.851

For citation: Koch E., Bachmann V., Müller M.J., Assion H.-J. Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 108–115. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-108-115](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-108-115)

Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence)

Koch E.¹, Bachmann V.², Müller M.J.³, Assion H.-J.⁴

¹ Philipps-University Marburg, Marburg, Germany

² Psychotherapeutic Practice, Hof, Germany

³ Oberberg Clinics, Berlin, Germany

⁴ LWL – Clinic, Dortmund, Germany

ABSTRACT

Substance Use Disorder is very common independent from cultural background thus generating immense medical and economic costs. Research on substance abusive behavior reflects an increasing scientific interest in this topic. Aspects of specific cultural features are still underrepresented though and reliable data of a variety of different nations and ethnicities are scarce. This article discusses topics of prevalence and aetiology including a transcultural perspective and furthermore focuses on various approaches of psychotherapeutic addiction therapy.

Keywords: Substance Use Disorder, alcohol consumption, transcultural medicine, addiction therapy, psychotherapeutic treatment.

Received November 3.2017
Accepted February 5.2017

✉ MD, Prof. Eckhardt Koch, Institute der European Ethnology/Culturology of the Philipps-University Marburg, Wilhelm-Roser-Street 33a, 35037, Marburg, Germany. E-mail: eckhardt.koch@vitos.de