

ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.1-054.72(=1-492):303.446.23:001.891.55:005.935.32:615-05

Для цитирования: Рохлоф Х., ван Дейк Р.С.Дж., Грюн С.П.Н., Аггарвал Н.К., Льюис-Фернандес Р. Интервью культуральной оценки в диагностике состояния психического здоровья: результаты международного полевого испытания в Нидерландах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020; 4 (109): 42–50. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4\(109\)-42-50](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4(109)-42-50)

Интервью культуральной оценки в диагностике состояния психического здоровья: результаты международного полевого испытания в Нидерландах

Рохлоф Х.¹, ван Дейк Роб С.Дж.², Грюн Саймон П.Н.³,
Аггарвал Нил К.⁴, Льюис-Фернандес Роберто⁵

¹ *Centrum'45, Эгстгест, Утрехтский университет, Утрехт, Нидерланды*

² *Парнасская академия, Парнасский психиатрический институт, Гаага, Нидерланды*

³ *Центр транскультуральной психиатрии Северных Нидерландов, Бейлен, Нидерланды
Амстердамский институт социальных научных исследований, Амстердамский университет, Амстердам, Нидерланды*

⁴ *Колумбийский университет, Нью-Йорк, США
Нью-Йоркский государственный психиатрический институт, Нью-Йорк, США*

⁵ *Колумбийский университет, Нью-Йорк, США
Нью-Йоркский государственный центр улучшения культурных компетенций, Нью-Йорк, США
Нью-Йоркский государственный психиатрический институт, Нью-Йорк, США*

РЕЗЮМЕ

Введение. Вопросам, связанным с культуральной обусловленностью психики, уделяется всё больше внимания в связи с ростом культурного разнообразия общества в результате усилившихся в последние десятилетия потоков миграции во всем мире. В рамках редакционной доработки представлений о взаимосвязи культуры и психики в DSM-V экспертная секция по кросс-культуральным вопросам разработала Интервью культуральной оценки (Cultural Formulation Interview – CFI) из 16 вопросов, предложенное использовать в диагностике состояния психического здоровья. Дополнением к DSM-V служит подготовленное недавно коллективом авторов второе издание Клинического руководства по культурной психиатрии. Руководство подготовлено в соответствии с принципами, изложенными в DSM-V, где предлагается подробная инструкция по применению интервью по проблемам, связанным с культурной средой при постановке диагноза (Clinical Manual of Cultural Psychiatry, 2015). **Цель:** определение восприятия CFI пациентами (n=30) и клиницистами (n=11) по параметрам: удобство и простота в выполнении, приемлемость и клиническая полезность. Исследование проводилось как часть масштабного международного клинического полевого испытания в пяти странах. Более ранние исследования обнаружили, что этническое многообразие психиатрической популяции в Нидерландах имеет тенденцию ограничивать коммуникацию в сфере психического здоровья и уменьшать точность постановки психиатрического диагноза. Полуструктурированные интервью разработаны в Нидерландах с целью определения культуральных проблем при психодиагностической оценке. **Результаты.** 11 нидерландских клиницистов после обучения применению CFI в рамках структурированной программы провели 30 интервью в двух группах: 1-я группа – пациенты иностранного происхождения, 2-я группа – пациенты-коренные жители Нидерландов. Клиницисты и пациенты использовали количественные и качественные опросники до и после назначения CFI. Пациенты и клиницисты положительно оценили удобство, простоту выполнения и приемлемость CFI. Пациенты более позитивно оценили клиническую полезность CFI по сравнению с клиницистами. Применение клиницистами CFI не приводило к изменению диагнозов психических расстройств в связи с идентичной оценкой уровня психического здоровья в разных институтах Нидерландов. Таким образом, CFI является удобным и простым в выполнении, приемлемым и потенциально клинически полезным инструментом в психиатрической практике. Его использование расширяет возможности стандартного психиатрического обследования пациентов с диагностическими и коммуникативными проблемами.

Ключевые слова: диагностика состояния психического здоровья, психическая саморегуляция, этнические особенности психики, интервью культуральной оценки, DSM-V, культурные компетенции, Нидерланды.

Введение

С начала 1980-х гг. в популяции Нидерландов возросла доля мигрантов (определяемых как имеющих одного или обоих родителей, рожденных в другой стране). По прогнозам, в ближайшие 40 лет их численность увеличится с 22,6% в 2017 г. до 31,1% в 2060 г. (Stoeldraijer & Garssen, 2011). Самая большая группа мигрантов прибывает в Европу и США из стран Азии и Ближнего Востока – почти 2,2 млн мигрантов на население, составляющее около 17 миллионов (CBS, 2017). Самые большие незападные группы родом из Турции (400 000), Марокко (391 000), Суринама (341 000) и Антильских островов, принадлежащих Нидерландам (153 000). Мигранты из Сирии представляют собой быстрорастущую группу – с 22 000 в 2015 г. до 72 000 в 2017 г. В крупнейших городах, таких как Амстердам и Роттердам, почти половина населения имеет неголландское происхождение. В ближайшем будущем популяция коренных голландцев окажется самой многочисленной группой среди меньшинств в городах, одной из десятков других групп.

Имеет место заметное увеличение доли мигрантов, пользующихся услугами системы психического здоровья. В Роттердаме, втором по величине городе Нидерландов, число больных мигрантов в психиатрическом здравоохранении выросло с 1990 г. по 2004 г. (Dieperink et al, 2007). Прежде доступность и исползуемость служб психического здоровья были проблематичны, но сегодня оказание культурально чувствительной и высококачественной помощи является ключевым вопросом. Для достижения этой цели решающими являются понимание пациента и адекватная коммуникация в психиатрическом здравоохранении. Без этого сложно достичь участия в лечении, как показано в исследованиях депрессии (Blom et al, 2010; Fassaert et al, 2010). Клиницистам недостает понимания, при этом неадекватная коммуникация может привести к более раннему прекращению лечения (Kogrelboom et al, 2007).

Высококвалифицированная психиатрическая помощь для мигрантов зависит от точности диагностики. Психиатрические расстройства имеют идентичные характеристики в разных странах, но выраженность этих расстройств варьирует в различных культурах (Kleinman, 2008). Как следствие, обсуждаются сложности в диагностическом процессе по культурально-популяционным группам (Lu, 2004; Zandi et al., 2007), связанные с многообразием коллективного понимания людей о собственной идентификации с социокультурной средой в соответствии с существующими взглядами и ожиданиями относительно психического здоровья, включая объяснение болезни, предьявление симптомов и поведение, направ-

ленное на поиск помощи. DSM-V признает влияние культуры на психическое здоровье: «...все формы дистресса формируются локально, включая расстройства DSM» (APA, 2013: p. 758).

Транскультуральные психиатры и медицинские антропологи считают, что следует уделять большее внимание влиянию культуральных факторов при оценке психиатрических расстройств. Клиницисты должны понимать различия в локально сформированных культуральных понятиях между собой и своими пациентами, индивидуальных толкованиях коллективных понятий и паттернов поведения пациентов, культурной относительности или встроенности концепций психического здоровья, методов и вмешательств. Игнорирование этих утверждений может привести клинициста к пренебрежению культурных переживаний пациента (Lakes et al, 2006) и чрезмерному упрощению психиатрического опроса. Согласно А. Kleinman (2005), главная заповедь в клинической практике – «Не навреди пациенту стереотипированием».

Историческая актуальность: схема культуральной оценки диагноза

В 80-90-е гг. XX столетия появилась критика DSM-III (1980) и DSM-III-R (1987) из-за её низкой валидности. Исследовательская группа психиатров и антропологов Национального Института психического здоровья США предложила адаптированные варианты (Lewis-Fernández, 1996; Mezzich et al, 1999). В результате в DSM-IV была введена схема культуральной оценки – OCF (APA, 1994). В DSM-V OCF описывает в практике клиницистов диапазон клинической оценки для определения влияния культуры на течение болезни, социальный контекст и клиническую историю болезни. В Нидерландах OCF включает описание клинических случаев и теоретических пояснений (Vogra et al, 2002).

Культуральное интервью

В DSM-IV отсутствовал стандартизированный метод для клиницистов по сбору информации от пациентов для создания и осуществления OCF в клинической практике (Lewis-Fernández, 2009). Культуральное Интервью (CI) в Нидерландах разработано как инструмент для построения индивидуальной OCF (Rohlof et al, 2002). Представляет собой полуструктурированный опросник, 40 вопросов позволяют пользователю получить информацию о культуральном происхождении пациента и его влиянии на психопатологическую симптоматику. Менее трудоемкая версия (Краткое Культуральное Интервью, VCI) проверена в сравнительном исследовании, она лучше исходного CI воспринимается пациентами и позволяет получить сопоставимые результаты (Groen et al, 2017).

Со временем варианты версий были разработаны для конкретных сфер и групп (судебная и детская психиатрия, пациенты с шизофренией и интеллектуальными нарушениями, врачи общей практики). Эти версии и возможности их применения описаны для голландской публикации (Van Dijk et al, 2012) и доступны в формате онлайн (www.cultureelinterview.nl). Показано, что CI способствует качеству терапевтической комплаентности (Piksen, 2010). Первый исследовательский проект показал, что использование CI в межличностной терапии с пациентами-выходцами из развивающихся стран снижало прекращение лечения и повышало его эффективность (Gumbs, 2012).

Интервью культуральной оценки

При разработке DSM-V кросс-культуральная подгруппа (североамериканские транскультуральные психиатры-эксперты Великобритании, Швеции и Нидерландов) и исследовательская группа по вопросам гендера и культуры рассмотрели мировые операционализации OCF и разработали Интервью Культуральной Оценки (CFI). Часть этого процесса включала обзор литературы по применению OCF, причем чаще в сфере образования и реже в клинической практике (Lewis-Fernández et al., 2014; Rohloff et al., 2017).

Как и голландское CI, CFI является операционализацией OCF в качестве полуструктурированного интервью и обеспечивает рекомендации для оценки культурального происхождения пациента в контексте психического здоровья на основе истории болезни. Построено в соответствии с темой OCF (American Psychiatric Publishing, 2013: 749): 1) культуральное определение проблемы (вопросы 1-3); 2) культуральное восприятие причины, контекста и поддержки (вопросы 4-10); 3) культуральные факторы, способствующие ухудшению самоуправления и обращению за помощью в прошлом (вопросы 11-13); 4) культуральные факторы, способствующие ухудшению поиска помощи в настоящее время (вопросы 14-16). CFI имеет версии для пациента и информанта (информация от пациента или сопровождающего лица). 12 дополнительных модулей способствуют получению информации на момент начальной и повторной оценок (www.psychiatry.org/dsm5). CFI рекомендовано в начале оценки и может быть интегрировано в стандартное интервью оценки, его можно назначать пациентам независимо от клинической обстановки, культурально-этнической принадлежности.

Испытание в условиях практической работы

Международное испытание в условиях практической работы – часть разработки CFI. Версия испытания CFI из 14 вопросов проверена в клинических центрах США, Канады, Перу, Кении, Индии и Нидерландов.

Результаты международного испытания состояли из интервью с 318 пациентами, проведенными 75 клиницистами (Lewis-Fernández et al, 2017). Авторами продемонстрированы выполнимость, приемлемость и полезность CFI. Оценки выполнимости у клиницистов были ниже оценок приемлемости и востребованности и оценок пациентов. Оценки приемлемости и востребованности не имели значимых различий между клиницистами и пациентами. При проведении клиницистами более одного интервью оценки выполнимости улучшались и последующие интервью требовали меньших временных затрат.

Результаты по оценке CFI исследователями из Индии (36 пациентов и 8 клиницистов) (Paralikar et al., 2015) не показали значимого различия между клиницистами, пациентами и их родственниками. Наличие тяжелых психических расстройств ассоциировалось с более низкими общими оценками пациентов. Общее значение CFI (совокупная оценка выполнимости, приемлемости и полезности) было ниже у пациентов и клиницистов в случаях присутствия родственников. Клиницисты с опытом лечения пациентов с разным культурным происхождением оценивали CFI более положительно, чем менее опытные врачи.

В Нидерландах в исследовании участвовало 3 института: 1) Centrum'45 (Oegstgeest), национальный экспертный центр, предлагающий клиническое лечение пациентов с ПТСР и беженцев с травматическим опытом; 2) Центр транскультуральной психиатрии Де Эвенаар в Северных Нидерландах в составе GGZ Drenthe Mental Health Care (Бейлен), предлагающий лечение беженцам, просителям убежища и мигрантам; 3) PsyQ Depression Ambulant, часть Парнасского психиатрического института (Гаага) по оказанию амбулаторного лечения депрессии этнически разнородным пациентам. *Вопросы исследования:* возможна ли реализация CFI в клинической практике? приемлем ли CFI для пациентов и врачей? является ли CFI потенциально полезным инструментом в клинической практике?

Голландские клиницисты следовали протоколу, позволяющему проводить сравнительный анализ с результатами параллельно выполненным полевым испытаниям. Клиницисты прошли 2-часовое обучение, включающее обзор письменных рекомендаций CFI; 24-минутный видеосимулятор CFI между пациентом и клиницистом; интерактивные поведенческие симуляторы по практическому применению CFI на клинических примерах; коучинг и обратная связь со стороны кураторов исследования, проводивших обучение; ключительная часть (обсуждение вопросов и ответов).

Данные о восприятии врачами тренинга в полевых условиях опубликованы ранее (Aggarwal et al., 2016). Оценка CFI проведена на английском языке или на местном(ых) языке(ах) в местах исследования. CFI переведено на голландский язык в трех версиях независимых переводов, в результате обсуждения согласован окончательный вариант. Клиницисты проводили CFI на голландском или английском языке на момент поступления пациента, соблюдая последовательность и точную формулировку вопросов. Все центры были снабжены стандартным набором опросных анкет для пациентов и врачей.

Опросники для клиницистов: клинико-демографическая форма; форма направления пациента; форма отчета после каждой встречи; форма отчета после 1-й и 3-й встреч; вопросы открытого типа для отчета.

Опросники для пациентов: демографическая форма; форма отчета; вопросы открытого типа для отчета. Примеры закрытых вопросов предусматривают ответы: категорически не согласен, согласен, полностью согласен. Эти вопросы помогают понять, какой вид помощи хотел бы получить пациент (клиническая полезность). На эти вопросы легко отвечать (выполнимость). Эти вопросы могут быть заданы любым клиницистом (приемлемость).

Анкеты включала закрытые вопросы и ответы по 4-балльной шкале Лайкерта, а также открытые вопросы (варианты ответов: категорически не согласен (-2), не согласен (-1), согласен (1), полностью согласен (2)). Анкеты пациентов переведены на голландский язык. Анкеты клиницистов не переведены, так как все они свободно владели английским языком.

Т а б л и ц а 1. Интервью культуральной оценки и дополнительные модули

Структура интервью культуральной оценки	14 вопросов (версия полевого исследования) 16 вопросов (окончательная версия)
Дополнительные модули	
Название модуля	Количество рекомендованных вопросов
Пояснительная модель	14
Уровень функционирования	8
Социальное окружение	15
Психосоциальные факторы стресса	7
Духовность, религия и нравственные традиции	16
Национально-культурная специфика	34
Копинг и обращение за помощью	13
Отношения между пациентом и врачом	5+7
Дети школьного возраста и подростки	20+8
Взрослые старшего возраста	17
Эмигранты и беженцы	18
Лица, осуществляющие уход	14

Набор пациентов проводился с января по апрель 2012 г. Координатор направления учитывал критерии включения и исключения. В выборку последовательно по мере обращения включены пациенты разных этнических групп (иностранного и голландского происхождения), обратившиеся впервые и ранее не получавшие помощи ни в одном из исследовательских подразделений. Критерии исключения: недостаточное владение голландским или английским языком, умственная отсталость и плохое тестирование реальности.

Определен ограниченный спектр психиатрических расстройств при включении пациентов в исследование: тревожно-депрессивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство. После ознакомления с целью исследования все участники предоставили письменное информированное согласие и заполнили социально-демографический опросник.

Клиницисты предоставили информацию о своем демографическом и культурном происхождении, образовании и опыте работы с пациентами разного этнического происхождения и заполняли опросные анкеты после каждого CFI. Выполнены аудиозаписи всех CFI для регистрации продолжительности и проверки применения, включая последовательность и правильное использование вопросов. Общая психиатрическая часть оценки не записывалась. Количественные и качественные данные проанализированы отдельно от данных других международных полевых исследований. Аудиозаписи интервью проверены на последовательность и соответствие вопросам CFI.

Этическое одобрение

В связи с неинвазивным характером полевого исследования не требовалось одобрения этическим комитетом GGZ Drenthe Mental Health Care (в соответствии с Законом о медицинских исследованиях с участием человека).

Результаты

В исследовании участвовало 30 пациентов (по 10 из 3 институтов), на достаточном уровне владевших голландским или английским языком. Из них 21 мужчина и 9 женщин от 21 до 77 лет (медиана возраста 41,2 года). 13 родились в Нидерландах, 17 были мигрантами первого или второго поколения из 12 стран: 3 из Суринама, по 2 из Марокко, Турции и Сьерра-Леоне, по 1 из Афганистана, Азербайджана, Боснии, Бурунди, Гвинеи, Ингушетии, Ирака и Руанды. Они были направлены на амбулаторное (n=10), дневное клиническое или стационарное лечение (n=20) до интервью с расширенным CFI.

Состав клиницистов: 2 психиатра, 6 психологов/психотерапевтов, 3 социальные психиатрические медсестры. 3 прошли более 50 часов культурального обучения, 3 – менее 10 часов, 5 – вводную информацию. Из них 6 мужчин и 5 женщин, 7 уроженцев Нидерландов, 4 мигранта. Клиницисты проводили CFI: 2 – с 1 пациентом, 1 – с 2 пациентами, 6 – с 3, 2 – с 4. Продолжительность CFI – от 8 до 40 минут (в среднем 18,8, SD=8,8). Общая средняя продолжительность CFI в совокупности с общей психиатрической оценкой – 87,5 минуты (SD=28,7). Судя по аудиозаписям, клиницисты придерживались инструкций CFI, хотя некоторые задавали дополнительные вопросы.

Т а б л и ц а 2. Средняя оценка клиницистами и пациентами в Нидерландах выполнимости, приемлемости и клинической полезности версии полевого исследования CFI

Оцениваемый критерий	Клиницисты (n=11) – Mean (SD)	Пациенты (n=30) – Mean (SD)
Выполнимость	1,0 (0,6)	0,9 (0,4)
Приемлемость	1,0 (0,4)	1,0 (0,4)
Клиническая полезность	0,9 (0,3)	1,1 (0,4)

Как и в международном полевым испытании, положительные значения присвоены для согласия (+1 – согласен, +2 – полностью согласен), отрицательные значения – для несогласия (-1 – не согласен, -2 – категорически не согласен).

Клиницисты положительно оценили три аспекта CFI, но были менее уверены в полезности CFI, чем пациенты. Общая средняя оценка полезности у клиницистов (0,9) была ниже, чем у пациентов (1,1). Клиницисты сомневались, что CFI повышает их уверенность в правильной постановке психиатрического диагноза (среднее значение 0,00, SD=0,86 по шкале от -2 до +2), способствует планированию лечения (среднее значение 0,21, SD=0,98). Клиницисты высказывали удовлетворенность общей полезностью CFI, например, при установлении раппорта с пациентом (среднее значение 0,62, SD=0,72) и в целом были удовлетворены выполнимостью и приемлемостью CFI. Накопление клиницистами опыта работы с CFI не приводило к большей удовлетворенности результативностью исследования. 1 клиницист оценил приемлемость менее 0,5 балла, 2 оценили клиническую полезность менее 0,5 балла.

Пациенты в целом положительно отзывались о CFI. Получены высокие баллы по утверждениям выполнимости CFI: доступность понимания вопросов (среднее значение 1,00, SD=0,65), продолжительность (среднее значение 0,52, SD=0,99), последовательность интервью (среднее значение 0,93, SD=0,94). Все пациенты были удовлетворены приемлемостью и потенциальной полезностью CFI. Менее удовлетворены выполнимостью CFI 6 пациентов, приемлемостью – 3, клинической полезностью – 2.

В целом нидерландские пациенты и клиницисты в ходе опроса предъявляют аналогичные оценки осуществимости и приемлемости CFI, вместе с тем пациенты более высоко оценивают полезность.

По результатам интервью с клиницистами в ряде случаев переоценивалось свободное владение голландским языком (пациенты затруднялись с заполнением шкалы Лайкерта, испытывали необходимость в дополнительных разъяснениях по оценочным категориям). Трудности проведения CFI объясняются не только низким уровнем владения голландским языком некоторыми пациентами, но и отсутствием переводчика. Ответы на открытые вопросы после выполнения задания показали, что CFI позволяет клиницистам лучше понять структуру личности пациента для формирования конструктивного диалога. Клиницисты не сообщали об изменении психиатрического диагноза при использовании CFI, некоторые из них чувствовали ограниченность в связи с необходимостью следовать методическим рекомендациям протокола собеседования, соблюдать формулировку и последовательность вопросов, не отступать от инструкций по полевым испытаниям. Так как группы пациентов из разных стран были небольшими по объему, дальнейший анализ данных невозможен. Сравнение между обследованными коренными голландцами и мигрантами оказалось недостоверным, поскольку мигранты были выходцами из разных азиатских стран, а трое из них были мигрантами второго поколения. Поэтому предполагается продолжить исследование на большей по численности выборке пациентов и клиницистов.

Выводы и обсуждение

Пациенты и клиницисты в Нидерландах считают CFI выполнимым, приемлемым и клинически полезным инструментом; в обеих группах общие оценки одинаковы, за исключением клинической полезности, более низкой среди врачей.

По сравнению с международным исследованием в индийском городе Пуна (Paralikar et al., 2015) опрошенные нидерландские пациенты и клиницисты оценили CFI как менее ценный инструмент. При сопоставлении с другим международным полевым испытанием (Lewis-Fernández et al., 2017) нидерландские клиницисты более позитивны в отношении осуществимости CFI, но аналогично оценили приемлемость и клиническую эффективность. Пациенты в Нидерландах более низко, чем в полном полевом исследовании, оценили параметры: 0,9 и 1,33 – выполнимость, 1,0 и 1,27 – приемлемость, 1,1 и 1,26 – клиническая полезность. Различия, видимо, обусловлены большим числом мигрантов в голландском исследовании: 56% мигрантов против 35% в сравниваемой выборке. Вероятно, мигранты столкнулись с языковыми трудностями во время интервью. Голландские клиницисты не сообщили о полезности CFI для уточнения психиатрического диагноза по открытым вопросам. Возможно, это объясняется ограничением спектра психических расстройств (тревно-депрессивные и посттравматические стрессовые расстройства). Клиницисты – участники международных полевых исследований имели большой стаж оказания психиатрической помощи. Между пациентами из развитых и развивающихся стран имелась значительная разница в сроках рождения за пределами страны. Эти факторы предположительно объясняют разницу результатов полного полевого и нидерландского исследований. Международное полевое испытание CFI привело к ряду изменений: число вопросов возросло с 14 до 16, непонятные вопросы переформулированы. Рекомендации DSM-V по-прежнему включают инструкции по формулировке вопросов в определенном виде и порядке. Рекомендуется задавать вопросы в ходе непринужденной беседы. Вопросы, представленные в виде примеров, можно переформулировать в зависимости от ситуации. Допустимы дополнительные и проверочные вопросы.

CFI считается полезным инструментом в следующих случаях: когда между врачом и пациентом имеются значительные культурные, религиозные или социально-экономические различия, затрудняющие диагностику психического расстройства; если врач не уверен в связи между симптомами и диагностическими категориями; если имеются проблемы с оценкой тяжести заболевания или проблемы с мотивацией приверженности пациента к лечению.

В основное CFI дополнительные модули не включены, несмотря на то что считались неотъемлемой частью CFI. Необходимы дальнейшие исследования с целью определения эффективности использования дополнительных модулей и информативности основного CFI о значимости культуральной оценки в диагностике и лечении. Требуется сравнительное исследование полезности CFI и CI в клинической практике. Так как CFI – краткая версия, его легче, чем CI, внедрить в оценочное интервью. В то же время следует определить сравнительно-культуральную информативность CFI и CI. CI охватывает большинство актуальных тем OCF, но и занимает больше времени, чем CFI. CI содержит большее количество вопросов о национально-культурной идентичности пациента для выбора медикаментозной терапии или психотерапии. Дополнительные вопросы о национально-культурной специфике включены в дополнительный модуль CFI, но он может игнорироваться большинством клиницистов из-за нехватки времени и высокой рабочей нагрузки.

В зависимости от обстоятельств принимается решение о выборе инструмента культуральной оценки. CI применяется выборочно, CFI – перед каждой начальной оценкой в связи с короткой продолжительностью. Существующее CI и новое CFI – это определение объема понятия OCF, приведение его характеристик к измеримым количественным оценкам индивидуального опыта в контексте психиатрических проблем. При этом важны диагностический процесс, мировоззрение клинициста и участие пациента в терапевтическом процессе. Для этого требуются компетентные клиницисты, применение с позиции культурной специфичности адекватных методов, руководство, протоколов (Kirmayer, 2012).

Ограничения

К результатам исследования следует относиться с осторожностью. Участвующие психиатрические учреждения, клиницисты и пациенты не были репрезентативными для голландской системы психического здоровья (хотя исключены не владеющие голландским или английским языком пациенты). CFI не переведено прямым и обратным переводами, как это обычно рекомендуется.

Не все актуальные клинические переменные вошли в полевое исследование. Несмотря на большой опыт специалистов, их культуральная компетентность до использования CFI не оценивалась (лишь 6 из 11 клиницистов имели культуральное образование), хотя уровень культуральных знаний влияет на оценку CFI. Условия исследования были неоптимальными: часть пациентов не осведомлена о предназначении исследовательских инструментов, затруднялась в понимании вопросов и при заполнении шкал Лайкерта, неко-

торые пациенты с низким уровнем знания голландского или английского языка тем не менее вошли в исследование, что выяснилось только при подсчете баллов в анкете.

Благодарности

Выражаем благодарность доктору Нильсу ван дер Аа (Centrum'45) за статистическую обработку данных, а также всем участникам исследования.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Aggarwal NK, Lam P, Castillo EG, Weiss MG, Diaz E, Alarcón RD, van Dijk R, Rohlof H, Ndeti DM, Scalco M, Aguilar-Gaxiola S, Bassiri K, Deshpande S, Groen S, Jadhav S, Kirmayer LJ, Paralikar V, Westermeyer J, Santos F, Vega-Dienstmaier J, Anez L, Boiler M, Nicasio AV, Lewis-Fernández R. How Do Clinicians Prefer Cultural Competence Training? Findings from the DSM-5 Cultural Formulation Interview Field Trial. *Acad Psychiatry*. 2016 Aug;40(4):584-91. doi: 10.1007/s40596-015-0429-3
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2000.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Dutch translation)*. Amsterdam, Boom, 2014.
- Blom MB, Hoek HW, Spinhoven P, Hoencamp E, Judith Haffmans PM, van Dyck R. Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2010 Jul;47(3):473-90. doi: 10.1177/1363461510374561
- Borra R, van Dijk R, Rohlof H. Cultuur, classificatie en diagnose. *Cultuursensitief werken met DSM IV [Dutch] [Culture, Classification and Diagnosis. Cultural sensitive operationalization of the DSM-IV]*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek [Central Statistics Office]. *Statline.cbs.nl*, 2017.
- Dieperink C, van Dijk R, de Vries S. Vijftien jaar GGZ gebruik door allochtonen: groei en diversiteit. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam 1990-2004 [Dutch] [Fifteen years of Mental Health Care use by Migrants: growth and diversity. Developments in the Use of Care in the Region of Rotterdam 1990-2004]. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*. 2007; 62:710-21.
- Dijk R van, Beijers H, Groen S. *Het Culturele Interview. Deel 1. Praktijkervaringen; Deel 2 Beschouwingen. [Dutch] [The Cultural Interview. Part 1. Clinical Experiences. Part 2. Considerations]* Utrecht, Pharos, 2012.
- Fassaert T, Peen J, van Straten A, de Wit M, Schrier A, Heijnen H, Cuijpers P, Verhoeff A, Beekman A, Dekker J. Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatr Serv*. 2010 Jul;61(7):690-7. doi: 10.1176/ps.2010.61.7.690
- Groen SP, Richters A, Laban CJ, Devillé WL. Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2017 Feb;54(1):3-22. doi: 10.1177/1363461516678342
- Gumbs P. *Het Culturele Interview, voorwaarde voor interpersoonlijke psychotherapie [The Cultural Interview, Condition for Interpersonal Psychotherapy]*. In: Dijk R van, Beijers H, Groen S (Eds.), *Het Culturele Interview, Deel 1 [The Cultural Interview, Part 1]*. Utrecht, Pharos, 2012: 52-60.
- Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*. 2012 Apr;49(2): 149-64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman A. *Culture and psychiatric diagnosis and treatment*. Utrecht, Trimbos Instituut, 2005.
- Kleinman A. *Rethinking Psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, The Free Press, 2008.
- Korrelboom CW, Huijbrechts IPAM, Zirar D, Hoffman TO. Wie zijn de no-shows en waarom blijven zij weg? [Dutch] [Who are the No Shows and why do they stay away?] *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2007; 49: 623-28.
- Lakes K, López SR, Garro LC. Cultural competence and psychotherapy: Applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006; 43: 380-396.
- Lewis-Fernández R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Cult Med Psychiatry*. 1996 Jun;20(2):133-44. doi: 10.1007/BF00115858
- Lewis-Fernández R. The cultural formulation. *Transcult Psychiatry*. 2009 Sep;46(3):379-82. doi: 10.1177/1363461509342519
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Bäärnhielm S, Rohlof H, Kirmayer LJ, Weiss MG, Jadhav S, Hinton L, Alarcón RD, Bhugra D, Groen S, van Dijk R, Qureshi A, Collazos F, Rousseau C, Caballero L, Ramos M, Lu F. Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry*. 2014 Summer;77(2):130-54. doi: 10.1521/psyc.2014.77.2.130
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Lam PC, Galfalvy H, Weiss MG, Kirmayer LJ, Paralikar V, Deshpande SN, Diaz E, Nicasio AV, Boiler M, Alarcon RD, Rohlof H, Groen S, van Dijk RCJ, Jadhav S, Sarmukaddam S, Ndeti D, Scalco MZ, Bassiri K, Aguilar-Gaxiola S, Ton H, Westermeyer J, Vega-Dienstmaier JM. Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: Mixed-methods results from the DSM-5 international field trial. *British Journal of Psychiatry*. 2017; 210(4): 290-297. doi:10.1192/bjp.bp.116.193862
- Lu FG. Culture and inpatient psychiatry. In: Tseng WS, Streltzer J (Eds.). *Cultural competence in clinical psychiatry*. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004: 21-36.

23. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H Jr, Parron DL, Good BJ, Lin KM, Manson SM. The place of culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Aug;187(8):457-64. doi: 10.1097/00005053-199908000-00001
24. Paralikar VP, Sarmukaddam SB, Patil KV, Nulkar AD, Weiss MG. Clinical value of the cultural formulation interview in Pune, India. *Indian J Psychiatry.* 2015 Jan-Mar;57(1):59-67. doi: 10.4103/0019-5545.148524
25. Pilsen B. The use of the Cultural Interview in Clinical Practice [Dutch]. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 2010.
26. Rohlof H, Loevy N, Stassen L, Helmich S. Het Culturele Interview [The Cultural Interview]. In: Borra R, van Dijk R, Rohlof H (Ed.). *Cultuur, classificatie en diagnose [Culture, Classification and Diagnosis]*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002: 251-61.
27. Rohlof H, Groen S, van Dijk R, Knipscheer J. Cultural formulation of diagnosis: State of the art. *Nervenheilkunde.* 2017 January; 36(8): 591-598. DOI: 10.1055/s-0038-1627504
28. Stoeldraijer L, Garssen J. Prognose van de bevolking naar herkomst 2010-2060 [Dutch] [Prognosis of the Population 2010-2060]. In: *Bevolkingstrends [Trends in Population]*. Den Haag, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011: 24-31.
29. Zandi T, Havenaar JM, Limburg-Okken AG, van Es H, Sidali S, Kadri N, van den Brink W, Kahn RS. The need for culture sensitive diagnostic procedures: a study among psychotic patients in Morocco. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Mar;43(3):244-50. doi: 10.1007/s00127-007-0290-0

Поступила в редакцию 21.09.2020
Утверждена к печати 30.11.2020

Рохлоф Ханс, доктор медицины, психиатр-исследователь, Centrum'45, Эгстгест (до 2015 г.), университет Утрехта, Нидерланды. С 2015 г. Transparant Mental Health, Лейден.

Ван Дейк Роб С.Дж., медицинский антрополог, консультант по работе с культурально-этническими различиями в Парнасской академии, Парнасский психиатрический институт, Гаага, Нидерланды.

Грюн Саймон П.Н., культуролог-антрополог, De Evenaar, Центр транскультуральной психиатрии Северных Нидерландов, GGZ Drenthe, Beilen, Нидерланды; научный сотрудник, Амстердамский институт социальных научных исследований, Амстердамский университет, Амстердам, Нидерланды.

Аггарвал Нил К., старший преподаватель клинической психиатрии, Колумбийский университет; психиатр-исследователь, Нью-Йоркский государственный психиатрический институт, Нью-Йорк, США.

Льюис-Фернандес Роберто, профессор клинической психиатрии, Колумбийский университет; директор, Нью-Йоркский государственный центр улучшения культурных компетенций; Нью-Йоркский государственный психиатрический институт, Нью-Йорк, США.

✉ Джей Джи Би Эм Рохлоф, info@rohlof.nl

UDC 616.89-008.1-054.72(=1-492):303.446.23:001.891.55:005.935.32:615-05

For citation: Rohlof H., van Dijk R.S.J., Groen S.P.N., Aggarwal N.K., Lewis-Fernández R. Cultural Assessment Interview in the Diagnosis of Mental Health: Results from an international field trial in the Netherlands. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2020; 4 (109): 42–50. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4\(109\)-42-50](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4(109)-42-50)

Cultural Assessment Interview in the Diagnosis of Mental Health: Results from an international field trial in the Netherlands

Rohlof H.¹, van Dijk R.S.J.², Groen S.P.N.³, Aggarwal N.K.⁴, Lewis-Fernández R.⁵

¹ Centrum'45, Eggest; Utrecht University, Utrecht, Netherlands

² Parnassia Academy, Parnassia Psychiatric Institute, Hague, Netherlands

³ De Evenaar, Center for Transcultural Psychiatry North-Netherlands, GGZ Drenthe, Beilen, Netherlands
Amsterdam Institute for Social Science Research, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands

⁴ Columbia University, New York, NY, USA
New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

⁵ Columbia University, New York, NY, USA

New York State Center of Excellence for Cultural Competence, New York, NY, USA

New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

ABSTRACT

Introduction. Issues related to the cultural conditioning of the psyche are receiving more and more attention due to the increase in the cultural diversity of society as a result of the intensified migration flows throughout the world in recent decades. As part of the editorial refinement of the ideas about the relationship between culture and psyche in DSM-V, the expert section on cross-cultural issues developed a Cultural Formulation Interview (CFI) of 16 questions, proposed to be used in the diagnosis of mental health. Complementing the DSM-V is the second edition of the Clinical Guide to Cultural Psychiatry, recently prepared by a team of authors. The manual has been prepared in accordance with the principles outlined in the DSM-V, which provides detailed instructions for the use of cultural interviews in diagnosis (Clinical Manual of Cultural Psychiatry, 2015). **Objective:** to determine the perception of CFI by patients (n=30) and clinicians (n=11) by parameters: convenience and ease of implementation, acceptability and clinical utility. The study was conducted as part of a large international clinical field trial in five countries. Earlier research has found that the ethnic diversity of the psychiatric population in the Netherlands tends to limit mental health communication and reduce the accuracy of psychiatric diagnosis. Semi-structured interviews were developed in the Netherlands with the aim of identifying cultural issues in psychodiagnostic assessment. **Results.** After training in the use of CFI as part of a structured program, 11 Dutch clinicians conducted 30 interviews in two groups: group 1 – patients of foreign origin, group 2 – native patients of the Netherlands. Clinicians and patients used quantitative and qualitative questionnaires before and after CFI prescription. The convenience, ease of implementation, and acceptability of the CFI were positively rated by patients and clinicians. Patients were more positive about the clinical utility of CFI compared to clinicians. Clinical use of CFI did not lead to a change in diagnoses of mental disorders due to the identical assessment of the level of mental health in different institutes in the Netherlands. Thus, CFI is a convenient and easy to implement, acceptable and potentially clinically useful tool in psychiatric practice. Its use expands the possibilities of standard psychiatric examination of patients with diagnostic and communication problems.

Keywords: mental health diagnosis, mental self-regulation, ethnic psyche, cultural assessment interview, DSM-V, cultural competence, Netherlands.

Received September 21.2020

Accepted November 30.2020

Rohlof Hans, MD, Psychiatrist-researcher, Centrum '45, Oegstgeest (until 2015), and Utrecht University, the Netherlands. Since 2015 attached to Transparant Mental Health, Leiden. Mailing address: van Oldenbarneveltstraat 38, 2334 AH Leiden, Netherlands.

Van Dijk Rob C.J., Medical anthropologist, consultant for work with cultural-ethnic differences at the Parnassian Academy, Parnassia Psychiatric Institute, Hague, Netherlands.

Groen Simon P.N., Cultural anthropologist, De Evenaar, Center for Transcultural Psychiatry North-Netherlands, GGZ Drenthe, Beilen, the Netherlands, and researcher, Amsterdam Institute for Social Science Research, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands.

Aggarwal Neil K., Assistant professor of clinical psychiatry, Columbia University and research psychiatrist, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA.

Lewis-Fernández Roberto, Professor of clinical psychiatry, Columbia University, and director, New York State Center of Excellence for Cultural Competence, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA.

✉ J.G.B.M. Rohlof, info@rohlof.nl