

## Кросскультуральные аспекты психотерапии (литературный обзор)

Овчинников А.А.<sup>1</sup>, Султанова А.Н.<sup>1</sup>, Киселева Л.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» МЗ РФ,

<sup>2</sup> ФГОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет»

**Резюме.** На современном этапе развития психиатрии вопросы кросскультуральных различий не утратили своего значения, а приобрели более глубокие, более обостренные черты в связи с усилением миграции, с повсеместным повышением интереса к своей культуре, к своим корням. На первый план, конечно же, здесь выступают те особенности культур, которые играют главенствующую роль в альянсе «терапевт-пациент». Мигранты, приезжающие в Россию, в большей части относятся к культуре, проповедующей ислам. И в этом аспекте рассмотрены такие вопросы как гендерные различия и особенности иерархической системы в семьях, проблема дихотомии индивидуализма/коллективизма, вопросы стигматизации, религии. Отдельное внимание уделяется необходимости участия в психотерапевтических сеансах культурного посредника, который будет помогать как в переводе, так и в декодификации культурных проблем.

**Ключевые слова:** кросскультуральные различия, миграция, гендерные различия, индивидуализм, коллективизм, стигматизация, религия, культурный посредник.

### Cross-cultural aspects of psychotherapy (literature review)

Ovchinnikov A.A.<sup>1</sup>, Sultanova A.N.<sup>1</sup>, Kiseleva L.T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Novosibirsk State Medical University,

<sup>2</sup>Novosibirsk State Pedagogical University

**Summary.** At the current stage of development of psychotherapy problems of cross-cultural differences have not lost their meaning, but have acquired deeper features due to increase of migration, overall rise of interest in our culture, our origin. In the foreground are the culture peculiarities which play an important role in the alliance "therapist-patient". Migrants coming to Russia are mostly of Islamic culture and from the point of this aspect the article focuses on such problems as gender differences, especially the features of family hierarchical system, the problem of dichotomy of individualism/collectivism, stigmatization and religion issues. The paper points out the necessity of psychotherapy sessions with a cultural intermediary who will participate in translating as well as in decodification of cultural problems.

**Key words:** cross-cultural differences, migration, gender differences, individualism/collectivism, stigmatization, religion, cultural intermediary.

Трудовые мигранты (в зарубежной литературе «экономические мигранты») сталкиваются с индивидуальными и структурными барьерами медицинского обслуживания в принимающих странах, особенно остро стоит данная проблема среди контингента нелегальных мигрантов. В настоящее время назрела стратегическая необходимость по улучшению структуры системы здравоохранения и социальной политики. Здоровье было признано в качестве основополагающего права человека, независимо от пола, политической принадлежности, социального класса или этнической принадлежности, а также права на минимальные условия благополучия, в том числе оказания медицинской помощи и государственных услуг для всех людей [41]. Реформы в политической и социальной системе многих стран, с учетом все увеличивающуюся миграционную популяцию населения, также имели влияние как на систему здравоохранения, так и на пользователей медицинских услуг [21]. Уровень доступа к услугам здравоохранения считается определяющим фактором неравенства в отношении здоровья [34].

С точки зрения предоставления таких услуг срабатывает обратный закон здравоохранения Тюдора Харт [29], который гласит, что группы населения с самой высокой медико-санитарной потребностью являются наиболее лишенными и уязвимыми группами общества, в то время как наиболее богатые и благополучные социальные слои населения с меньшей потребностью в лечебно-профилактических мерах имеют больший доступ к услугам здравоохранения. В отношении доступа к услугам здравоохранения и использования медицинских услуг были разработаны концептуальные тезисы, акцентирующие внимание на необходимости анализа доступности услуг здравоохранения, характеристик систем здравоохранения, а также анализа полученных результатов: на входе (анализ факторов, влияющих на использование службы) и на выходе (состояние физического и психического здоровья) [4, 9, 10]. Танахши в 1978 году [40] предложил принципиальную модель охвата медицинского обслуживания и утилизации, и наметил несколько аспектов, связанных с использованием медицинских услуг с точки

зрения взаимодействия между конкретным аспектом оказания услуг (мощностью обслуживания) и характеристиками целевой группы населения (целевая служба).

Хотя международная миграция весьма неоднородна, она происходит в основном по экономическим причинам [25]. Экономические мигранты определяются как люди в трудоспособном возрасте (16-65 лет), родившиеся за пределами страны, в которой они работают или проживают постоянно или в течение длительного периода времени. Странами выхода трудовых мигрантов чаще являются развивающиеся страны (Латинская Америка, Восточная Европа, Африка и Азия) [5]. Исследования подчеркивают, что до прибытия мигранты характеризуются хорошим состоянием здоровья, но часто состояние мигрантов ухудшается в результате миграционного процесса и по причине неблагоприятных условий жизни и опыта работы в принимающей стране [6].

Миграция и изменение места жительства являются двумя основными явлениями, которые присущи культуральным и социальным изменениям, происходящим в нашем современном индустриальном мире. Многонациональное и поликультурное общество — это реальность, которая нуждается в постоянной сосредоточенности и сложном ответе от психиатрии, психологии и наук, призванных облегчать душевные муки людей, вне зависимости от их культуральной принадлежности. В терапевтических отношениях с представителем «другой культуры» одной из ключевых переменных будет являться культура и от психотерапевта потребуются умение перестроить себя с большой гибкостью и особой чувствительностью под культуральные особенности пациента — представителя иной культуры. Психотерапевтам необходимо знать обычаи, верования, ценности, гендерные и другие аттитюды своих пациентов с целью избегания искажения при интерпретации действий и высказываний пациентов [37].

Психическое здоровье и психологическое благополучие находятся под высоким влиянием этнических и культуральных ценностей и установок, а также опытом миграции [11, 15, 24]. Лингвистический барьер (не только вербальный, но и невербальные различия в коммуникации), отсутствие информации о системе здравоохранения в принимающей стране, особенности предоставления медицинской помощи, различия в культуральных убеждениях и чувство быть «непонятым» являются центральными проблемами в здравоохранении лиц с миграционным фоном [7, 14]. Эти факторы могут иметь большую значимость при некоторых хронических состояниях, в которых изменение образа жизни является основополагающим для достижения длительной и стойкой ремиссии. Для обеспечения успешных изменений в образе жизни, пациенты должны быть соответствующим образом проинформированы. Эффективный способ информирования пациентов обеспечивается путем предоставления пациенту информационных материалов (например, брошюр),

которые увеличивают знания о возможных путях протекания заболевания, о методах профилактики и дополнения к тому лечению, которое назначено доктором, а, следовательно, данный метод является заметным дополнением к консультации [35]. Информационный материал для пациентов может помочь формированию адекватной внутренней картины болезни, внутренней картины здоровья и повысить уровень комплаентности [26, 38]. Кроме того, информационный материал помогает пациентам осознавать их собственные предпочтения, поскольку в брошюрах приведены различные варианты лечения и обеспечивается, соответственно, возможность принимать обоснованные решения. Проблемы возникают, когда пациентами являются лица с миграционным фоном и простой перевод пациенту информационных материалов на родной язык мигранта не может быть удачным решением, поскольку тут мы имеем дело с культурными барьерами. Понимание понятий «здоровье» и «болезнь» зависит от социокультурного контекста страны, и, следовательно, культурально чувствительными являются информационные материалы, которые предназначены для удовлетворения потребностей мигрантов [33]. Данный вопрос является очень актуальным, но в нашей стране нет программ, направленных на культурную адаптацию информационных материалов для пациентов. Исследователи из Германии поставили целью своей программы обеспечить высокое качество процесса культурной адаптации (как следствие культурных особенностей пациента) информационных материалов для пациентов с целью повышения уровня комплаентности и эффективности терапии пациентов [31].

Кросскультурные различия интересовали ученых с первобытных времен. О различиях в поведении и нравах указывали такие ученые, как Геродот, Гиппократ, Монтескье и многие другие [2, 3]. Эдуард Бернетт Тейлор 1871 году опубликовал работу «Первобытная культура», в которой он объясняет понятие «культура» как набор убеждений, способностей и привычек, которые человек обязательно приобретает поскольку он принадлежит к данному обществу [42]. Beneduce [13] приводит подробное описание развития этнопсихиатрии. Зарождение транскультуральной психиатрии восходит к публикациям Краепелин, анализа его исследований *dementia praecox* [32]. На современном этапе развития этнопсихиатрии вопросы кросскультуральных различий не утратили своего значения, а приобрели более глубокие, более обостренные черты в связи с усилением миграции, с повсеместным повышением интереса к своей культуре, к своим корням. На первый план, конечно же, здесь выступают те особенности культур, которые играют главенствующую роль в альянсе «терапевт-пациент». Рассмотрим некоторые из них.

**Гендерные различия и особенности иерархической системы в семьях.** В процессе психотерапии в контексте терапевт-пациент гендерные различия могут иметь огромное значение у предста-

вителей культур, проповедующих Ислам. Очень ярко эти различия прослеживаются в арабской культуре и культурах, проповедующих Ислам: мужчина является однозначно главой семьи, владеет огромным авторитетом среди всех ее членов, а женщина полноценно должна выполнять домашние обязанности и воспитывать детей и в рамках такой перспективы развод рассматривается как клеймо. Но если все же развод случается, то женщина теряет детей — они остаются с отцом, и на разведенной женщине может жениться либо вдовец, либо ей уготована роль второй жены. Тем не менее, мужская роль в этих культурах тоже имеет свои особенности. Существует своеобразная иерархическая система уважения, подчинения: глава семьи находится под отцовским авторитетом. В этих обществах очень большое значение уделяют уважению старших, которых рассматривают, как носителей мудрости и жизненного опыта. Опираясь на вышесказанное, терапевт в процессе своей работы должен учитывать эти важные аспекты культуры и обратить внимание на неуместность сведения к минимуму власти родителей и изменение иерархической структуры семьи. Относительно гендерного аспекта психотерапия женщины-мусульманки тоже имеет свои особенности. Прямой взгляд женщины в этих культурах говорит о сексуальной доступности, поэтому этим пациенткам характерен взгляд вниз, который не нужно интерпретировать как повышенную застенчивость или неуверенность в себе. Несомненно, психотерапевтическая работа женщины-психотерапевта и мужчины-пациента, представителя мусульманской культуры будет достаточно сложна, что связано как раз с гендерными особенностями в этих культурах [8].

**Проблема дихотомии индивидуализма/коллективизма в этнопсихиатрии.** Дж. Брунер обратил внимание на ориентированность представителей одних культур на коллектив, а для других — личные цели являются более предпочтительными, чем групповые [1]. Здесь также огромное значение играют исламские верования, которые глубоко влияют как на арабский образ жизни, так и на образ жизни других народов, проповедующих Ислам. Основные тезисы Корана призывают к жалости, смирению и состраданию к человеческим существам, и подчеркивают важность терпения, верности и контроль импульсов и желаний. Большое значение придается воспитанию у членов общества заботы о других. Этот фактор следует принимать во внимание, если психотерапевт принадлежит к индивидуалистическому типу общества, где человек принимает решения и действует в соответствии со своими личными целями, предпочитая их целям общественным. Я определяется в индивидуалистических культурах как независимая, способная выжить вне группы единица, ярко выражена психологическая эмансипация от родителей. В этих культурах велико значение чувства вины, как регулятора поведения; действия оцениваются и осуждаются самим человеком в соответствии с интернализированными нрав-

ственными нормами. Противоположностью являются культуры, проповедующие ценности ислама и представляющие собой культуры стыда, и у человека формируется привычка соотносить свои действия с моральными оценками окружающих. В культурах с высокой значимостью стыда как регулятора поведения его члены больше боятся изгнания из общности, чем насилия. По этой причине при общении с пациентом из коллективистических культур с высокой значимостью стыда очень важно отталкиваться от культурного фона и рекомендуется привлечь других членов семьи к участию в терапевтических сессиях. Присутствие другого члена семьи не должно рассматриваться как признак зависимости, а должно восприниматься как естественная потребность в данной культуре. Психотерапевт должен быть готов к тому, что в культурах коллективистического типа члены семьи ожидают быть привлеченными к психотерапевтическому процессу и будут прилагать все усилия, чтобы решить проблему, связанную с членом их общины [8].

Dwairy предлагает использовать метод, который он называет “анализ культуры”; метод, который может быть очень полезен, когда пациент относится к культуре, в которой общность важнее, чем индивидуальность [22]. В таком обществе человек знает, что потребности, желания, инстинкты, ценности и суждения коллективные, а не индивидуальные: человек должен выключить свои собственные желания (или выражать их, когда он находится наедине). Вероятное последствие в таких культурах — это возникновение конфликта между семейными (или общественными) ценностями и подавляемыми индивидуальными потребностями и желаниями. Поэтому, вместо того, чтобы иметь дело с репрессированным содержанием, психотерапевт должен помочь клиенту найти альтернативные ценности, менее строгие, но все еще в пределах его собственной системы верований, и приближенные к его личным нуждам. Это положение согласуется с подходом Бека, который утверждает, что гнетущие мысли должны быть заменены на более функциональные [12]. Терапевту следует иметь в виду, что в обществе, где индивиду приходится репрессировать свои желания, потребности и суждения, гораздо важнее развитие компетенций и навыков, нежели защитных механизмов. Как считает автор, счастье действительно связано с культурой и обладает социальной приемлемостью [23].

**Проблема стигматизации.** Еще один важный аспект, который необходимо учитывать при работе с пациентами, принадлежащими к другой культуре, это возможность стигматизации роли, приписываемой психотерапевту. Женщины, в частности, могут почувствовать, что их брак может оказаться под угрозой из-за терапевтических отношений. Пациенты из арабских и из мусульманских стран могут относиться с недоверием к психотерапевту, и одной из причин такого поведения может быть игнорирование психотерапевтом религиозного значения фактов, происходящих в

их жизни. Сами пациенты считают, что их религию необходимо уважать, так как она является источником утешения и облегчения. Поскольку депрессивная симптоматика у этих пациентов чаще сопровождается ощущением давления в груди или болями в животе, т.е. физическими симптомами, то эти пациенты ожидают получить рецепты на медикаменты и не видят необходимости обсуждать свои личные проблемы с психотерапевтом [18].

Депрессивные, маниакальные и гипоманиакальные пациенты с нарушением настроения на вопрос: «Чувствуют ли они грусть или радость» отвечали очень лаконично: «Нет» или «Не знаю». То же самое можно сказать и о когнитивных симптомах, связанных с чувством вины и неуверенностью в Self-системе [8]. Часто пациенты-мусульмане прибегают к безличному и довольно формальному стилю общения при описании своих симптомов. Это связано со сложностью раскрытия перед незнакомым человеком своих личных проблем, а также у этих пациентов присутствует страх испортить репутацию своей семьи. И тут неопытный культурно-универсально настроенный психотерапевт может решить, что он столкнулся с сопротивлением [8].

Dwaigy [22] предлагает своеобразную «терапию метафоры» для арабских пациентов. С его точки зрения такая терапия может предоставить доступ к неосознаваемому содержанию. Этот метод особенно функционален у пациентов с низко развитым уровнем индивидуализма, с большим креном в сторону коллективизма и для которых процесс открытой проработки репрессированного содержания будет проблематичен. Основной принцип терапии метафоры заключается в том, что проблемы должны быть представлены посредством культурально близких для пациента метафор (для арабов и народов, исповедующих Ислам удобен очень метафорический язык Корана), и решения должны быть обличены в символических терминах, которые могут быть применены к действительности. Dwaigy [25] иллюстрирует пример и возможную интерпретацию: арабский пациент, который подавляет гнев к своим родителям, чувствует себя подобно плотине, окруженной засушливым пейзажем, и вынужденный сдерживать увеличивающееся гидравлическое давление: риск, который он чувствует, является риском взрыва и следующего разрушения окрестности. Когда врач просит подумать о решении при помощи этого образа, пациент отвечает, что отверстия в плотине помогли бы воде медленно течь, и земля извлекла бы пользу от воды и тогда природа станет зеленой и процветающей. Через ту же метафору, пациент узнает, что его гнев по отношению к родителям может помочь ему улучшить, а не повредить отношения с ними. Осознание через метафору своих проблем и путей конструктивного решения этих проблем помогает пациенту постепенно изменить свое поведение по отношению к родителям и найти хороший компромисс во взаимоотношениях с ними.

**Религия.** Религиозные аспекты имеют огромное значение в жизни мусульман. Психотерапевт, пациентом которого является представитель мусульманской культуры, должен быть компетентен в основах мировоззрения своих пациентов и знать пять основных принципов ислама. Во-первых, мусульмане верят в одного Бога и в Мохаммеда, его Пророка; во-вторых, мусульманин должен ежедневно прочитывать пятиразовые молитвы после определенного омовения. Знание этих двух предписаний может иметь огромное значение при психотерапии: например, психотерапевты могутощрять человека заботиться о себе, опираясь на вышесказанные догмы в мусульманской культуре. По мнению ученых, медитации и молитвы могут играть роль психологической поддержки в период трудности, и они могут быть использованы в терапии: если пациент просит помолиться перед терапевтом, то такой запрос должен быть выполнен [19, 20]. Третий принцип ислама—это пост в месяц Рамадана. Для мусульманина пост преследует многие задачи, и главные из них—это очистить душу и тело, воспитать самоконтроль, а также испытать себя на месте тех бедняков, которые вынуждены ежедневно испытывать голод. Опять же мы здесь прослеживаем особенности коллективистской культуры. Четвертый принцип говорит, что мусульманин должен помочь нуждающимся людям через милосердие; пятый—это поездка в Мекку один раз в жизни. Согласно Carter и Rashidi [19,20], следующие подходы могут помочь урегулировать западные и восточные принципы:

1. Гуманистический подход Роджерса включает различные понятия, которые совместимы с мусульманскими системами взглядов: подлинность, честность, безусловное позитивное внимание, принятие, сочувствие, понимание, активное слушание.

2. Когнитивная психотерапия, которая принимает во внимание эмоции и ценности каждого человека, чтобы идентифицировать конструктивные действия, приводящие к личному счастью. Целями когнитивного подхода является выявление дисфункциональных мыслей и обучение пациентов быть объективными, без сочувствия к другим или себе. Правильные решения и продуктивные действия становятся возможными благодаря использованию рациональных мыслей. Как правило, рекомендуется представлять терапевта, как авторитетную личность, который в состоянии показать, что должно быть сделано для того, чтобы решить проблему пациента. Арабская община и народы, исповедующие ислам, часто показывают внешний (экстернальный) локус контроля. Это означает, что ответственность за результаты своей деятельности люди склонны приписывать внешним силам. В мусульманских культурах внешний локус контроля поддерживается сильно развитой верой в джиннов, в колдовство и дурной глаз [8].

**Культурное посредничество.** Контакт с пациентом, который происходит из совершенно отлич-

ного культурного контекста и который не может говорить на языке принимающей страны, возможен, но здесь требуется помощь культурного посредника. Культурный посредник может помочь как в переводе, так и в декодификации культурных проблем, связанных с травматическим опытом. Beneduce [13] предлагает некоторые правила, которые следует соблюдать для успешного культурно-языкового посредничества: терапевту следует отказаться от типичных двойных отношений, и обратить внимание на перенос и контрперенос, вызванных присутствием посредника; терапевту придется справляться с фрустрацией, возникающей у посредника; посредник должен попытаться определить личные конфликты, проявляющиеся в терапевтической сессии, возможно, ему даже потребуется помощь со стороны психотерапевта. Как утверждают авторы, чувство глубокого уважения между посредником и психотерапевтом является основой сотрудничества и в большей мере определяет успех психотерапии в таком формате. Nathan [36] создал *ethno-психоаналитический* инструмент, который подразумевает привлечение, с одной стороны различных профессионалов (докторов, психиатров, психологов) каждый со своим культурным фоном, и, с другой стороны, пациент может привести любого человека в группу (то есть родственников, друзей или соседей), и они все попытаются построить новый общий фон. Salvatore Inglese объясняет, что цель такого формата работы состоит в том, чтобы создать своеобразный контейнер группы, где пациент может утвердиться, как если бы он был в пределах своей оригинальной культурной структуры. Функция контейнера крайне важна, потому что перемещение, миграция неизбежно влечет за собой расшатывание, изменение культурных рамок пациента [36]. Любая проблема пациента, с которой он приходит в группу, анализируется с нескольких точек зрения и интерпретируется по-разному, пока не будет представлена близкая для пациента переформулировка проблемы.

**Проблема терапии детей-мигрантов.** Ассоциация детских и подростковых врачей-психиатров разработала анкету, направленную на выяснение потребностей в лечении детей-мигрантов.

К 2015 году, говорят авторы статьи, одна треть больниц, адаптирована к диагностическим и психотерапевтическим вмешательствам мигрантов. Однако исследователи акцентируют внимание на лингвистической проблеме, возникающей в процессе диагностики и терапии, которая заключается в неадекватном понимании психолого-психиатрической проблемы родителями, в языковом барьере и уровне клинических знаний пациента. Профессиональная подготовка компетентных в культуре переводчиков было бы решением как лингвистической, так и проблемы культуральной адаптации детей-мигрантов и их родителей [39].

**Профилактические меры на современном этапе среди миграционного контингента лиц.** Анализ работ, направленных на изучение психолого-психиатрических проблем, позволяют констатировать тот факт, что среди мигрирующего населения высокий риск суицидального поведения [16, 17, 27, 30]. Исследователи в Нидерландах апробируют профилактическое направление в форме Интернет-самопомощи, которая основана на принципах когнитивно-поведенческого направления. Экспериментальная группа, состоящая из турецких мигрантов, получит прямой доступ к интервенции, длительностью в шесть месяцев. Основной целью разрабатываемой программы является сокращение частоты и интенсивности суицидальных мыслей. Авторы считают, что возможны и дополнительные благоприятные последствия для мигрирующего населения от внедрения предлагаемой ими профилактической программы: снижение самоповреждающего поведения, попыток самоубийства, атрибутов, идей самоубийства, уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики, повышение качества жизни, уровня комплаентности [28].

**Закключение.** Миграционные процессы объединяют представителей различных народов на одной территории. Однако, существуют основные характеристики культур, которые кардинально отличаются индивидов. В такой поликультурной стране, как Россия, необходимо рассматривать именно культуру как ключевую переменную, которая играет важнейшее значение в ракурсе диагностических психотерапевтических мероприятий.

### Литература

1. Брунер, Дж. Психология познания: За пределами непосредственной информации. — М. — 1977. — С. 48-64.
2. Коул, М. Культурно-историческая психология. — М. — 1997. — С. 22.
3. Монтестье, Ш. Избранные произведения. — М. — 1955. — С.412.
4. Aday L.A., Andersen R. A framework for the study of access to medical care. — *Health Serv. Res.* — 1974. — Vol. 9. — P. 208-220.
5. Agudelo-Suarez A., Gil-Gonzalez D., Ronda-Perez E., Porthé V., Paramio-Perez G., Garcia A.M., Gari A. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. — *Soc. Sci. Med.* — 2009. — Vol. 68. — P. 1866-1874.
6. Agudelo-Suárez A.A., Ronda-Pérez E., Gil-González D., Vives-Cases C., García A.M., García-Benavides F., Ruiz-Frutos C., Lopez-Jacob M.J., Porthé V., Sousa E. The migratory process, working conditions and health in immigrant workers in Spain (the ITSAL project). — *Gac. Sanit.* — 2009. — Vol. 23. — P. 115-121.
7. Agudelo-Suárez A.A., Gil-González D., Vives-Cases C., Love J.G., Wimpenny P., Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determi-

- nants of health services' accessibility in economic migrants. — *BMC Health Serv Res.* — 2012. — Vol. 12. — P. 461.
8. Al-Krenawi A., Graham J.R. Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. — *Health Social. Work* — 2000. — Vol. 25. — P.9-22.
  9. Andersen, R.M., McCutcheon A., Aday L.A., Chiu G.Y., Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. — *Health Serv.Res.* — 1983. — Vol. 18. — P.49-74.
  10. Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? — *J. Health Soc. Behav.* — 1995. — Vol. 36. — P. 1-10.
  11. Assion, H.J. In: *Migration und seelische Gesundheit.* — Berlin: Springer. *Migration und psychische Krankheit.* — 2005. — P. 133-144.
  12. Beck A.T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* — New York: Hoeber. — 1967. — P. 25-51.
  13. Beneduce R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura.* — Roma: Carocci. — 2007. — P. 98-104.
  14. Bermejo I., Hölzel L.P., Kriston L., Härter M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. — *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz.* — 2012. — Vol. 55. — P. 944-953.
  15. Bhui K., Stansfeld S., Hull S., Priebe S., Mole F., Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: systematic review. — *BJP.* — 2003. — Vol. 182. — P. 105-116.
  16. Blum R., Sudhinaraset M., Emerson M.R. Youth at risk: suicidal thoughts and attempts in Vietnam, China, and Taiwan. — *J. Adolesc. Health.* — 2012. — Vol. 50(3). — P. 37-44.
  17. Carli V., Mandelli L., Zaninotto L., Iosue M., Hadlaczky G., Wasserman D., Hegerl U., Värnik A., Reisch T., Pfuhlmann B., Maloney J., Schmidtke A., Serretti A., Sarchiapone M. Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. — *Nord J. Psychiatry.* — 2014. — Vol. 68(1). — P. 44-52.
  18. Caroppo E., Janiri L., Cianconi P. *Psichiatria e migrazione.* In: Balestrieri M. — *Manuale di psichiatria.* Roma: Il Pensiero Scientifico — 2007. — P. 9.
  19. Carter D.J. Theoretical model of psychotherapy: eastern Asian-Islamic women with mental illness. — *Health Care Women Int.* — 2003. — Vol. 24. — P. 399-413.
  20. Carter D.J., Rashidi A. East meets West. Integrative psychotherapy approaches for Muslim women. — *Holist. Nurs Pract.* — 2004. — Vol. 18(3). — P. 152-159.
  21. Daniels N. Toward ethical review of health system transformations. — *Am. J. Public Health.* — 2006. — Vol. 96(3). — P. 447-451.
  22. Dwairy M. Culture analysis and metaphor therapy with Arab-Muslim clients. — *J. Clin. Psychol.* — 2009. — Vol. 65. — P. 199-209.
  23. Dwairy M. Toward psycho-cultural approach in middle-eastern societies. — *Clin. Psychol. Rev.* — 1999. — Vol. 19. — P. 909-915.
  24. Ekman S.L., Emami A. Cultural diversity in health care. — *Scand. J. Caring. Sci.* — 2007. — Vol. 21. — P. 417-418.
  25. *Employment and working conditions of migrant workers.* <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf>.
  26. Engers A.J., Jellema P., Wensing M., Van der Windt D.A., Grol R., Van Tulder M.W. Individual patient education for low back pain. — *Cochrane Database Syst Rev.* — 2008. — Vol. 31. — P. 1023-1032.
  27. Eskin M., Ertekin K., Dereboy C., Demirkiran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. — *Crisis.* 2007. — Vol. 28(3). — P. 131-139.
  28. Eylem O., van Straten A., Bhui K., Kerkhof A. Protocol: Reducing suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands and in the UK: effectiveness of an online intervention. — *Int. Rev. Psychiatry.* — 2015. — Vol. 27(1). — P. 72-81.
  29. Fiscella K., Shin P. The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. — *J. Ambul. Care Manage.* — 2005. — Vol. 28(4). — P. 304-312.
  30. Garcia C., Skay C., Sieving R., Naughton S., Bearinger L.H. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among latino students. — *J. Sch. Health.* — 2008. — Vol. 78(9). — P. 487-495.
  31. Hölzel L.P., Ries Z., Zill J.M., Kriston L., Dirmaier J., Härter M., Bermejo I. Development and testing of culturally sensitive patient information material for Turkish, Polish, Russian and Italian migrants with depression or chronic low back pain (KULTINFO): study protocol for a double-blind randomized controlled trial. — *Trials.* — 2014. — Vol. 15. — P. 265.
  32. Kraepelin E. *Trattato di psichiatria.* — Milano: Vallardi. — 1907. — P. 49-63.
  33. Kreps G.L., Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. — *Patient Educ Couns.* — 2008. — Vol. 71. — P.328-332.
  34. Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. — *Health Serv. Res.* — 2003. — Vol. 38(3). — P. 831-865.
  35. McPherson C.J., Higginson I.J., Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. — *J. Public. Health.* — 2001. — Vol. 23. — P. 227-234.
  36. Nathan T. *Principi di etnopsicoanalisi.* — Torino: Bollati Boringhieri. — 1996. — P.86-89.
  37. Rumbaut R.G. Assimilation and its discontents: between rhetoric and reality. — *Int. Migr. Review* 1997. — Vol. 23(4). — P. 923-960.
  38. Stacey D., Bennett C.L., Barry M.J., Col N.F., Eden K.B., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomson H., Lyddiatt A., Légaré F., Thomson R. Deci-

- sion aids for people facing health treatment or screening decisions. — *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — Vol. 5. — P. 10-15.
39. Siefen G., Kirkcaldy B., Adam H. *The treatment needs of migrant children according to child and adolescent psychiatrists from medical clinics and in private practice.* — *Z. Schepker Kinder Jugendpsychiatrie Psychother.* — 2015. — Vol. 43(2). — P. 115-122.
40. Tanahashi T., *Health service coverage and its evaluation.* — *Bull World Health Organ.* — 1978. — Vol. 56(2). — P. 295-303.
41. *The Universal Declaration of Human Rights.* <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
42. Tylor E.B. *Primitive culture. Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom.* — London: Murray. — 1871. — P. 69-72.

## Сведения об авторах

**Овчинников Анатолий Александрович** — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ МЗ РФ. E-mail: anat1958@mail.ru

**Султанова Аклима Накиповна** — к.м.н., доцент кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ МЗ России. E-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

**Киселева Лилия Тимофеевна** — к.м.н., доцент, профессор кафедры логопедии и детской речи ФГОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет». E-mail: sikoruk@mail.ru