

Руководство ВПА по психическому здоровью мигрантов и оказанию им психиатрической помощи

DINESH BHUGRA¹, SUSHAM GUPTA², KAMALDEEP BHUI³, TOM CRAIG¹, NISHA DOGRA⁴, J. DAVID INGLEBY⁵, JAMES KIRKBRIDE⁶, DRISS MOUSSAOUI⁷, JAMES NAZROO⁸, ADIL QURESHI⁹, THOMAS STOMPE¹⁰, RACHEL TRIBE¹¹

¹Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK; ²East London NHS Foundation Trust, London, UK; ³Queen Mary School of Medicine and Dentistry, London, UK; ⁴Greenwood Institute of Child Health, University of Leicester, UK; ⁵European Research Centre on Migration and Ethnic Relations, University of Utrecht, The Netherlands; ⁶University Department of Psychiatry, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK; ⁷Ibn Rushd University Psychiatric Centre, Casablanca, Morocco; ⁸University of Manchester, UK; ⁹Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain; ¹⁰Psychiatric University Clinic, Vienna, Austria; ¹¹School of Psychology, University of East London, London, UK

Цель данного руководства - рассмотреть имеющиеся на сегодняшний день данные о психических проблемах мигрантов и представить рекомендации клиницистам и политикам/организаторам в сфере психического здоровья по обеспечению их надлежащими доступными службами охраны психического здоровья. Выделены три фазы процесса миграции и соответствующие их последствия для психического здоровья, а также изложены конкретные проблемы таких групп, как женщины, дети и подростки, пожилые люди, беженцы и лица, ищущие убежища, лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные лица. Обсуждаются концепции культуральной утраты, культуральной самобытности и культурального сходства. Описана эпидемиология психических расстройств у мигрантов. Предложен ряд рекомендаций для директивных органов, поставщиков услуг и врачей, направленных на улучшение психического здоровья мигрантов и охватывающих их особые потребности в фармакотерапии и психотерапии.

Ключевые слова: мигранты, психическое здоровье, культуральная утрата, культуральная самобытность, культуральное сходство, шизофрения, распространенные психические расстройства, суицид, фармакотерапия, психотерапия, службы охраны психического здоровья

(*World Psychiatry 2011;10:11-18*)

ВПА обязалось улучшить равенство в доступе к службам охраны психического здоровья для лиц разного возраста, пола, расы/этнической принадлежности, религии и социально-экономического статуса. Как часть этого обязательства, Ассоциация решила посвятить одно из руководств, разрабатываемых в рамках своего Плана действий на 2008-2011 годы (1,2), психическому здоровью мигрантов и службе психического здоровья для них. С этой целью была назначена целевая группа, которая разработала настоящий документ.

Психиатры работают во все более многокультуральном мире, сформированном миграцией людей различных культуральных, расовых и этнических групп. Люди мигрируют по многим причинам: политическим, социально-экономическим и образовательным. Разнообразие культур, этнической принадлежности, расы и причин миграции могут сделать понятными особенности болезней, переносимых мигранты, происхождение и окружение которых существенно отличаются от таковых врача.

Культура играет важную роль в способе проявления дистресса и болезни, культуральные различия влияют на диагностику и лечение мигрантов отчасти из-за языковых, религиозных и социальных отличий от таковых у врача, который оказывает помощь. Кроме того, заболеваемость и распространенность психических расстройств у людей разных культур варьируют в связи с взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Оказание медицинской помощи обязательно находится под влиянием требований людей самых разных культур и важно, чтобы культуральные различия были оценены и поняты,

чтобы прийти к правильному диагностическому мнению и плану лечения.

МИГРАЦИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ

Миграция определяется как процесс перемещения из одной страны, региона или места жительства для того, чтобы поселиться в другом. Продолжительность этого нового жительства различна, но в целях настоящего доклада основное внимание уделяется лицам, которые переселяются в другую страну либо ненадолго, либо на постоянное жительство. Мигранты могут двигаться вместе или поодиночке. Например, люди, которые мигрируют по экономическим или образовательным причинам, могут переселяться поодиночке и позднее присоединиться к своим семьям, в то время как люди, которые мигрируют по политическим причинам, могут переселиться массово, но со своими семьями или без них (3). Значительная часть людей, которые мигрируют, становятся этническим меньшинством в новой стране.

Процесс миграции был описан как происходящий, в целом, в три этапа. Первый этап — премиграция, включающая принятие решения и подготовку к переезду. Второй этап, миграция — физическое переселение людей из одного места в другое. Третий этап, постмиграция, определяется как «поглощение иммигранта в рамках социальных и культуральных рамок нового общества». На данном этапе могут быть изучены социальные и культуральные правила, новые роли (4,5). На начальном этапе миграции показате-

ли психических заболеваний и проблем со здоровьем могут быть более низкими, чем на последних этапах, из-за более молодого возраста на этом этапе и из-за проблем с аккультурацией и потенциальными расхождениями между достижением целей и фактическими приобретениями на последних этапах (6). Следует отметить, что эти этапы часто не дискретны и сливаются друг с другом.

На этапах миграции могут иметь место факторы, которые предрасполагают лиц к психическим расстройствам. Факторы премиграции включают структуру личности человека, вынужденную миграцию и преследование и др. Факторы миграции включают в себя культуральные утраты. Культуральный шок, расхождение между ожиданиями и достижениями, принятие новым народом являются возможными факторами постмиграции (7,8). Таб. 1 содержит путеводитель по оценке вышеназванных факторов у мигрантов.

Специальные группы

Некоторые группы имеют дополнительные факторы, которые должны приниматься во внимание при оценке и оказании помощи.

Женщины

Женщины могут быть первичными мигрантами или следовать за первичными мигрантами. Их опыт миграции и ответ на стресс отличаются от таковых у мужчин. Кроме того, изменения в гендерной роли после миграции и ожидания гендерной роли будут влиять на реакцию женщины на миграционный стресс и постмиграционную адаптацию. Усиление демографических изменений в сторону преобладания женщин, мигрирующих и работающих полный рабочий день, означает, что нагрузка на женщин будет расти и дальше.

Дети и подростки

Дети и подростки могут иметь различные причины для миграции, сопровождать семьи или мигрировать сами, особенно в качестве беженцев или лиц, ищущих убежище. Отрыв от одного или обоих родителей, как часть или как продолжение миграции, может создать проблемы с привязанностями и последующим развитием. Сезонные регулярные миграции родителей или периодическая миграция членов семьи и другие виды миграции создают дополнительное напряжение. Дети могут иметь трудности в адаптации как дома, так и в школе, и более старшие дети могут в конечном итоге заботиться о младших.

Пожилые люди

Причины миграции пожилых людей могут отличаться от таковых у молодым. Пожилые люди могут мигрировать на более раннем этапе своей карьеры и жизни и уже чувствовать себя спокойными в новой стране, или мигрировать в более позднем возрасте, чтобы присоединиться к своим семьям. Многочисленные риски стареющих мигран-

Таблица 1 Элементы, которые должны учитываться при сборе анамнеза у мигрантов

<i>Премиграция</i>	
Причины (например, студент, экономические, политические)	
Подготовка	
Группа или один	
Степень контроля над миграцией	
<i>Миграция</i>	
Как давно	
Почему	
Возраст по прибытии	
Возможное возвращение или постоянная миграция	
Статус беженца	
Предыдущий опыт	
<i>Постмиграция</i>	
Стремление/достижения	
Аккультурации и адаптация	
Отношение к новой культуре	
Отношение новой культуры	
Сетевая поддержка используемая/доступная	
<i>Интервьюер</i>	
Собственные ценности, предрассудки	
Знание сильных сторон собственной культуры и ее слабостей	

тов связаны с расизмом, старением, полом, плохим доступом к услугам — все это может действовать в качестве барьеров для поиска помощи и здоровья (9). Деменция, депрессия и тревога среди пожилых людей могут варьировать в зависимости от статуса мигранта, но поиск помощи может также меняться (9,10).

Беженцы и искатели убежища

Согласно Женевской конвенции, беженец — это человек, который «в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений». Лицо, ищущее убежище — это тот, кто оставил свою страну происхождения, подал заявку на признание в качестве беженца и ожидает решения со стороны нового правительства.

Беженцы являются, пожалуй, самой уязвимой из всех групп мигрантов в отношении психического и физического ухудшения состояния здоровья. Отсутствие препаратов, положение в новой стране, плохие жилищные условия, плохая занятость или отсутствие работы и непостоянная социальная поддержка — все это повышает уязвимость. Частота психических расстройств может быть высокой в некоторых группах беженцев: лиц с распространенными психическими расстройствами в два раза больше среди беженцев в сравнении с экономическими мигрантами (11).

Риск посттравматического стрессового расстройства и общих психических расстройств увеличивается с продолжительностью пребывания под арестом (12,13), а также связан с безработицей, отсутствием поддержки семьи и сложным процессом предоставления убежища (11). Лица, ищущие убежища, с меньшей вероятностью вовлекаются в

службы психического здоровья (14,15). Следует избегать патологизации и медикализации общих переживаний.

Лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные лица

Лесбиянки, геи, бисексуальные и трансгендерные лица (ЛГБТ), возможно, могут пожелать покинуть свою страну, она рассматривает их поведение как незаконное. В добавление к интернализированному стрессу, они могут вызывать проблемы, как для себя, так и для других. Они могут выбрать бегство, но законы в новых странах могут не позволить этого, или преобладающее общественное отношение к ЛГБТ может повлиять на ответные меры общества. Для трансгендерных лиц побуждением к миграции может быть поиск хирургического/медицинского вмешательства. Отношение семьи, эго-дистония личности и гомофобия в новом обществе будут влиять на процесс вовлечения в него.

Культуральная утрата

Потери своей социальной структуры и культуры могут привести к реакции горя (16). Миграция связана с потерей знакомых, языка (особенно разговорного и диалекта), отношений, ценностей, социальных структур и сетевой поддержки. Переживание этой потери можно рассматривать как здоровую реакцию и естественное следствие миграции; однако если симптомы вызывают выраженный дистресс или ухудшение и длятся в течение значительного периода времени, психиатрическое вмешательство может быть оправдано. Eisenbruch (17) определил культуральную утрату как переживание в результате потери социальных структур, культуральных ценностей и самоидентичности. Человек живет в прошлом, его посещают сверхъестественные силы из прошлого во время сна или пробуждения и переживание чувства вины. Образы прошлого (в том числе травматические) вторгаются в его/ее жизнь и он/она поражен тревогами, болезненными мыслями и гневом. Симптомы культуральной утраты могут быть ошибочно диагностированы из-за проблем с языком и культурой, использования западных диагностических критериев для не-западных людей.

Культуральная идентичность

Психосоциальные изменения, переживаемые иммигрантами, включают аккультурацию — добровольный или вынужденный процесс, который приводит к усвоению культуральных ценностей, обычаев, верований и языка большинства населения (18). Изменение в отношениях, семейных ценностях, статусе поколений и социальной принадлежности может происходить в культуре как большинства, так и меньшинства, так как они взаимодействуют, хотя обычно одна из культур стремится доминировать (19).

Культуральные изменения идентичности могут быть стрессовыми и привести к проблемам с самооценкой и психическим здоровьем. Контакты между иммигрантским сообществом или меньшинством с доминирующим или новым, сообществом могут привести к ассимиляции, от-

торжению, интеграции или декультурации (4). Отторжение, при котором индивид или группа меньшинства выходит из группы большинства, может привести к расовой изоляции и сегрегации в крайних случаях. Декультурация, при которой индивид или группа меньшинства переживает утрату культуральной самобытности, отчуждение и аккультурационный стресс, может привести к этноциду (4). Постмиграционные стрессы включают культуральный шок и конфликт, которые могут привести к чувству культурального замешательства или отчужденности, изоляции, депрессии (7). Новые отношения обществ, включая расизм, состоящие из стресса возможной безработицы, несоответствия между достижениями и ожиданиями, финансовых трудностей, юридических проблем, плохих жилищных условий и в целом отсутствия возможностей для продвижения в принимающем обществе, способны привести к проблемам психического здоровья у уязвимых лиц.

Аккультурация может позволить культурально потерянным индивидам получить подобие равновесия. У мигрантов, которые переживают потерю своей культуры и чувство вины за оставление родины, в процессе аккультурации может возникнуть чувство принадлежности к новой стране. Культура большинства может показаться менее опасной и более привлекательной по мере того, как человек становится лингвистически и социально более опытным в этой новой культуре. Может появиться социальная поддержка в форме дружбы, возможности трудоустройства и медицинской помощи. Интеграция и ассимиляция помогают уменьшить чувства утраты и горя, так как мигрант вникает в корпоративные аспекты культуры большинства.

При аккультурации взаимодействие между культурой мигрантов и культурой большинства в новой стране является динамическим и взаимным процессом, способным привести к изменениям в более широкой культуральной группе, повысить возможности людей доминирующей культуры лучше ценить и понимать аспекты иммигрантской культуры и признать некоторые их потребности.

Культуральное сходство

Этническая плотность, т. е. размер определенной этнической группы в пропорции к общей численности населения в указанном районе может быть фактором, влияющим на частоту психических расстройств в этнических меньшинствах. Кроме того, чувство отчуждения может возникнуть, если культуральные и социальные характеристики индивидов отличаются от таковых окружающего населения, в то время как чувство принадлежности развивается тогда, когда индивид и окружающее население имеют схожие культуральные и социальные характеристики.

Увеличение этнической плотности может улучшить социальную поддержку и адаптацию некоторых мигрировавших лиц, но в то же время увеличить дистресс у других, в частности, если существует культуральный конфликт между человеком и его/ее родной культурой (8). Это может объяснить некоторые из противоречивых результатов исследований взаимосвязи между этнической плотностью и частотой психических заболеваний в этническом меньшинстве. Например, выявлена обратная корреляция между за-

болеваемостью шизофренией в не-белых этнических меньшинствах в Лондоне и пропорцией этих меньшинств в местном населении. Высказана гипотеза, что повышенное воздействие или отсутствие защиты от стресса может повысить частоту шизофрении в небелых этнических меньшинствах (20). Однако в предыдущем исследовании не удалось подтвердить гипотезу этнической плотности в отношении повышенной заболеваемости шизофренией в иммигрантских группах (21).

Важно учитывать характер общества, из которого и в которое человек мигрировал, социальные характеристики мигрировавшего человека, выявление того, насколько хорошо человек будет адаптироваться в процессе миграции. Социоцентрические или коллективистские общества подчеркивают связанность, прочные связи между отдельными лицами, групповую солидарность, эмоциональную взаимозависимость, традиционализм и коллективную идентичность. Эгоцентрические или индивидуалистические общества подчеркивают независимость, свободные связи между людьми, эмоциональную независимость, либерализм, самодостаточность, индивидуальную инициативу и автономию. Bhugra (22) предположил, что лица, которые мигрируют из преимущественно социоцентрического или коллективистского общества в общество преимущественно эгоцентрическое или индивидуалистическое, с большей вероятностью будут иметь проблемы адаптации к новой культуре, особенно, если это люди социоцентрические в своей собственной системе убеждений. Логическое отсутствие адекватной системы социальной поддержки, несоответствие между ожиданиями и достижениями и низкая самооценка могут возникнуть в результате этого диссонанса в культуре между человеком и окружающим населением.

Увеличение этнической плотности способно помочь уменьшить дистресс человека в этой ситуации, особенно при предоставлении системы социальной поддержки. Например, человек, который мигрирует в США, преимущественно эгоцентрическое общество, из Вьетнама, преимущественно социоцентрического общества, может чувствовать себя изолированным и отчужденным, особенно если является социоцентрическим по мировоззрению. Чувства изоляции и отчуждения уменьшаются, и улучшается социальная поддержка, если другие люди из Вьетнама, с социоцентрическими взглядами, окружают этого человека в области переселения; однако социоцентрический человек может остаться на периферии общества новой страны, пока не достигается языковая и социальная беглость в доминирующей культуре.

Культуральная утрата также может быть сведена к минимуму, если иммигрант поддерживает связи с родной культурой или за счет увеличения этнической плотности, или улучшенной социальной поддержки, или поддержания религиозных верований и практики. Лица, которые мигрируют из преимущественно социоцентрической культуры в общество, преимущественно эгоцентрическое по природе, могут иметь мало проблем и относительно легко переходят к новой культуре, если они в основном эгоцентричны или индивидуалистичны в своих взглядах. В этом случае увеличение этнической плотности может быть неблагоприятным

и усугубить или вызвать культуральный конфликт и психический дистресс.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МИГРАНТОВ

Шизофрения

Odegaard (23) впервые сообщил, что частота шизофрении среди норвежцев, которые мигрировали в США, была выше по сравнению с норвежцами в Норвегии. Пик «госпитализированной» заболеваемости отмечается через 10-12 лет после миграции и рассматривается автором как ее последствие.

Впоследствии несколько исследований показали, что у мигрантов, особенно афро-карибского происхождения, в Великобритании и в Нидерландах, частота шизофрении в 2,3-16 раз выше, чем у местного белого населения (24,25). О трехкратном риске шизофрении у мигрантов сообщается в недавнем систематическом обзоре (26).

Cochrane и Val (27) показали, что «госпитализированная» заболеваемость пациентов с шизофренией была повышена среди ирландских, пакистанских, карибских и индийских мигрантов. Для объяснения этих отличий они выдвинули различные гипотезы (28), кратко рассматриваемые ниже.

Первая гипотеза заключалась в том, что в странах, отправляющих мигрантов, отмечается высокая частота шизофрении. Однако в четырех исследованиях, проведенных в районе арибского бассейна (29-32), сообщается об отсутствии такого увеличения. Частота шизофрении в Великобритании, как было показано, выше среди младшего (второго) поколения афро-карибов, что означает, что генетические факторы могут не играть роли, а могут быть важнее другие социальные и экологические факторы (33,34).

Согласно второй гипотезе, шизофрения предрасполагает к миграции. Человек с шизофренией чувствует беспокойство и это вносит свой вклад в возможное перемещение через границы. Тем не менее, не только имеется мало данных, для того, чтобы поддержать этот тезис, но и, если бы это было так, частота была бы высокой в каждой группе мигрантов, о чем в литературе не сообщалось.

Третья гипотеза говорит о том, что миграция создает стресс. Миграция и связанные с ней потери являются значительными жизненными событиями и могут внести свой вклад в генез шизофрении. Тем не менее, как показал Odegaard (23), пик частоты приходится на 10-12 лет после миграции. Отрыв от родителей чаще встречается у афро-карибских выходцев по сравнению с выходцами из Южной Азии, а также в сравнении с контрольной группой населения (35). Можно предположить, что непрочные паттерны привязанностей могут способствовать разъединенному чувству «Я», тем самым затрагивая культурную самобытность.

Четвертая гипотеза заключалась в ошибочной диагностике шизофрении у мигрантов из-за недостаточной осведомленности об их «культуре и нормах» (36,37). Bhugra и др. (38) показали, что в выборке выходцев из Тринидада

бред преследования был редким, а визуальные галлюцинации более частыми, чем в лондонской группе. Stompe и др. (39) также отметили культуральные различия в симптомах.

Этническая плотность, как было показано, является важным фактором в понимании повышенного уровня шизофрении в некоторых группах мигрантов (20,40). Bhugra (22) предположил, что культуральное сходство, когда люди с аналогичными культуральными ценностями живут тесно друг с другом, может быть более важным в этом отношении. Срочно необходима дальнейшая работа для определения культурального соответствия и этнической плотности эпидемиологическим данным.

Parker и Kleiner (41) предположили, что несоответствие между достижением и ожиданиями, возможно, способствовало высокой частоте психозов в обследованной ими выборке. Это было воспроизведено в Лондоне, особенно для расхождения между устремлениями и достижениями в жилье (42,43), которые могут повлиять на самооценку человека. Необходимо исследовать дальше, почему недостаточность самооценки должна приводить к шизофрении, а не к депрессии. Притеснения на расовой почве не являются редкостью и могут в дальнейшем способствовать низкому самоуважению (44). Veling и др. (45) выявили соответствие дискриминации и частоты психозов у мигрантов.

Распространенные психические расстройства

Имеется ряд популяционных исследований в Великобритании по изучению частоты распространенных психических расстройств у мигрантов. Выводы не были полностью последовательными, что неудивительно. Сразу после миграции лица могут быть оптимистичными и полными надежд и, следовательно, обнаруживают низкий уровень депрессии и тревоги, которые могут измениться, если они начинают обосновываться, чувствовать себя разочарованными новой культурой и, возможно, своей собственной культурой, и начинают размышлять над потерями, с которыми они столкнулись, что приводит к депрессии. Некоторые исследования показывают, что частота распространенных психических расстройств у мигрантов выше, чем среди членов новой культуры, а другие показывают либо отсутствие какой-либо разницы, либо более низкую частоту (46-48).

Исследование EMPIRIC в Великобритании показало, что пакистанские женщины в 1,37 раза более вероятно и бангладешские женщины в 0,65 раза менее вероятно имеют распространенные психические расстройства (48). Из того же набора данных Weich и др. (47) отметили, что у пожилых женщин индийского и пакистанского происхождения (в возрасте 55-74) имели более высокая частота распространенных психических расстройств. Это может отражать период сразу после миграции и служит для дальнейшего изучения. Одной из возможностей является то, что мигранты чувствуют себя в ловушке и у них развивается чувство поражения, способное привести к депрессии. Gilbert и Allan (49) связывали «ловушку» с приобретенной беспомощностью. Nazroo (46) сообщил, что у мигрировавших в возрасте до 11 лет или родившихся в Великобритании существует большая вероятность (в 2,5

раз для Карибского бассейна и индийской группы и в 1,5 раза - в выборках из Бангладеш и Пакистана) получения диагноза тревожного расстройства. Свободно владеющие английским языком, имели особенно большую вероятность получить диагноз тревожного расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Политические беженцы или пережившие войны или стихийные бедствия, реагируют на травму по-разному (50). Jenkins (51) отметил, что сальвадорские женщины-беженцы в Северной Америке объясняли свои страдания как «nervios» — культурная категория, включающая дисфорию, боли и субъективные приступы чувства сильного жара, которые культурально создают нормальный ответ на аномальные стрессоры. Аналогичные переживания были описаны у тибетских (52) и кхмерских беженцев (53).

Суициды и суицидальные попытки

Частота суицидальных попыток и завершенных суицидов, как было показано, повышена в женских диаспорах из Южной Азии по всему миру (54), причем среди молодых женщин в возрасте 18-25 лет, но не среди подростков (55,56). Это увеличение к возрасту около 18 лет показывает, что, когда женщины начинают индивидуализировать и искать свой путь в мире, может сыграть роль элемент культуры, конфликтующий с их родителями или членами семьи. При сравнении культуральной идентичности между подростками и их родителями было установлено, что подростки, которые приняли лекарственную передозировку, придерживались менее традиционных взглядов по сравнению с их родителями. McKenzie и др. (57) отметили, что среди пожилых азиатских женщин уровень самоубийств выше, чем ожидалось.

Уровень самоубийств среди британских, новозеландских и ирландских мигрантов в Австралии выше по сравнению с уровнем самоубийств в странах их происхождения (58). Низкая частота среди южноевропейцев объяснялась как результат премиграционной проверки здоровья. Moresell и др. (59) также сообщили из Австралии, что уровень самоубийств среди североамериканцев был выше, в то время как у ближневосточных женщин уровень был очень низким. Социальноэкономический статус для мужчин (60), культуральные переходы и напряженность для женщин (61), качество жизни и эмоциональное функционирование (62) являются некоторыми из факторов, влияющих на частоту самоубийств.

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ

В таб. 2 приведен ряд рекомендаций для политиков/организаторов, поставщиков услуг и врачей, направленных на улучшение психического здоровья мигрантов. Некоторые более конкретные вопросы выделены в следующих разделах.

Физическое здоровье

Физическое здоровье мигрантов необходимо изучать в каждой оценке причин. Психические расстройства могут быть скрыты основными инфекционными заболеваниями, которые могут повлиять на их проявления. Соматическое состояние может зависеть от психических расстройств. Лица из традиционных стран могут не верить в дуализм мозг-тело и указывать соматические симптомы, которые могут стать необъяснимыми с медицинской точки зрения, ведущие к ненужным, часто навязчивым, обследованиям, усугубляя при этом стресс. Врач должен осуществлять полный медицинский осмотр и необходимые исследования, как указано, четко объясняя, для чего это делается.

Фармакологическое лечение

Из-за различной фармакокинетики и фармакодинамики психотропных препаратов довольно многие этнические группы имеют повышенную уязвимость к побочным эффектам. При фиксированном режиме дозы галоперидола азиаты испытывают существенно более выраженные экстрапирамидные побочные эффекты, чем белые (63). Выходцам из Латинской Америки, как сообщается, достаточно половины дозы трициклических антидепрессантов для достижения терапевтического эффекта, они более чувствительны к побочным эффектам (64). Афроамериканцы, считается, что имеют более высокий риск развития литиевой токсичности, потому что система натрий-литиевого противотранспорта — генетически детерминированного механизма, который обменивает внутриклеточный литий на внеклеточный натрий, является менее эффективной (65). Таким образом, клиницисты должны обратить внимание на различия у мигрантов и быть уверенными в том, что пациенты начали лечение с низких доз, а затем постепенно увеличивать их.

Разные культуры имеют разное отношение и ожидание от лечения. Люди могут рассматривать травяные лекарства как более естественные и приемлемые. Эти этнические группы с сильными традициями в отношении растительных лекарственных средств могут придерживаться убеждений, несовместимых с передовой практикой психофармакологии. Пациенты могут участвовать в домашнем приготовлении трав, дозы являются фиксированными, ожидается быстрое облегчение, побочные эффекты минимальны, и переход на новый режим является прямым (66). Если лекарство не соответствует этим идеалам, его прием прекращается и соответствующая модель болезни пренебрегается.

Культуральные отношения также влияют на интерпретацию побочных эффектов, которые могут вписаться в объяснительные модели, которых придерживается пациент. Например, профиль побочных эффектов лития считается универсальным, но некоторые эффекты выражают культурально важный смысл (67). Китайские пациенты, длительно принимающие литий, спокойны в отношении полидипсии и полиурии, поскольку эти явления совместимы с восприятием, что избыточное выведение токсинов из организма — это хорошо, но при этом не приветствуют ус-

Таблица 2 Рекомендации по улучшению психического здоровья мигрантов

Политики

- Должна быть разработана четкая стратегия с учетом прав человека для мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища.
- Должны быть предоставлены адекватные ресурсы в соответствии с потребностями.
- Должны быть доступны достаточные ресурсы для обучения, в том числе подготовки культуральной компетенции.
- Должны быть вовлечены разные сферы правительства (например, здравоохранения, образования, правосудия, внутренних и иностранных дел).
- Изменения в критериях приема должны быть обсуждены с заинтересованными сторонами, а не навязываться своевольно.
- Должно осуществляться публичное образование и сообщения общественного психического здоровья для беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов.

Поставщики услуг

- Должны быть доступны отдельные или объединенные услуги, но важно, чтобы не было никаких барьеров для поиска помощи.
- Услуги должны учитывать культуральные особенности и быть географически доступными и эмоционально приемлемыми.
- Должна быть предоставлена подготовка по культуральной компетентности и должны быть рассмотрены обязательные меры для достижения этой цели.
- Должны использоваться другие модели, такие, как культуральный посредник или культуральные связи, если указаны.
- Для оценки и мониторинга патологии должны проводиться регулярные исследования эпидемиологических факторов, наряду с качественными подходами.
- Должны проводиться регулярные проверки доступности лечения, приемлемости и применения.

Клиницисты

- Врачи должны иметь доступ к ресурсам, информирующим их о конкретных культуральных вопросах.
- Подготовка по культуральной осведомленности и компетентности должна быть обязательной и поразумевать регулярное обновление.
- Врачи должны обеспечить культурально подходящими услугами, связанными с языком и других потребностями мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища. Дети, пожилые люди и других специальные группы должны добиться удовлетворения своих потребностей.
- Врачи могут пожелать обсудить и разработать конкретные услуги, либо основанные на состоянии (например, травмы) или на гендерной основе.
- Везде, где возможно, проблемы психического здоровья мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища, должны быть частью учебной программы и подготовки врачей.
- Культуральная подготовка должна стать делом каждого и быть частью подготовки других работников здравоохранения, в том числе профессионалов первичной медико-санитарной помощи.

талость, так как она может означать потерю жизненной энергии (67).

Приверженность в значительной степени зависит от качества отношений между врачом и пациентом. Взгляд на врача как на эксперта в совместном лечении хронических заболеваний, предпочтительный на сегодня со стороны профессиональных организаций и групп пациентов на Западе, может не соответствовать «хорошему» врачу в других культурах, где предпочитают более директивный/авторитарный стиль. Когда культуральные группы пациента и врача находятся в конфликте, это может играть роль в консультативной комнате, приводя к культуральному переносу и контрпереносу, влияющим на приверженность лечению (68). Действительно, сниженный комплаенс к психи-

атрическому лечению, выявленный у афроамериканцев, является результатом действия этого фактора (69).

Культуральная практика питания также оказывает непосредственное воздействие на фармакокинетику препарата. СУР3А4 ингибируется соком грейпфрута, а СУР1А2 — кофеином, последний индуцируется крестоцветными овощами (капуста, брокколи и брюссельская капуста) и курением. Индукция СУР1А2 полициклическими ароматическими углеводородами (ПАУ), обнаруженными в сигаретном дыме, приводит к падению плазменного уровня антидепрессантов и антипсихотических препаратов (70). На курение влияют религиозные ценности, следовательно, частота его значительно отличается в различных этнических группах. Мясо, приготовленное на гриле (сухом жару), также производит ПАУ, поэтому индукция СУР1А2 будет происходить в местах, где это распространено, таких, как Турция и многие азиатские страны.

Использование дополнительных лекарственных средств, зачастую не объявленных врачу либо потому, что его рассматривают как незначительное, либо считают, что врачи не поймут, может привести к фармакологическим взаимодействиям. Зверобой и лакрица (обычно используемые в традиционной китайской медицине) увеличивают плазменный уровень активных метаболитов трициклов и могут вызвать серьезные побочные эффекты (71). Другие традиционные лекарства могут содержать большое количество тяжелых металлов — таких, как золото, серебро, олово, медь, барий, свинец, ртуть, цинк, сурьма и железо, что делает их токсичными. Связанные предварительно изменения в диете и потреблении жидкости будут влиять на абсорбцию и действие лекарств. Религиозные ритуалы, такие, как полный или частичный пост, таким же образом могут изменить эффективность и переносимость предписанных лекарств.

Врачи должны изучить отношение к лекарствам, ожидание их действия, религиозные убеждения, диету и применение табачных изделий и алкоголя. Всегда стоит начинать с низких доз, постепенно увеличивая, мониторировать побочные эффекты и постоянно информировать пациентов и их опекунов, насколько это возможно.

Психотерапия

Мигранты сталкиваются с особыми проблемами при поиске помощи в службах психотерапии, не в последнюю очередь имеет значение их убежденность в то, что такие услуги не могут применяться к ним или быть полезными для них.

Точное представление о культуральном окружении человека является необходимым условием для реализации полезных терапевтических отношений. Для эффективности психологического лечения, особенно интерпретативной психотерапии, для пациента должна быть приемлема философская основа подхода. Терапевт должен видоизменять терапевтическую технику в зависимости от системы убеждений пациентов (и их семей или опекунов, которые могут иметь существенное влияние на пациента), а не наоборот. Возможно, наиболее полезный подход может быть приспособ-

лен к терапии с наиболее соответствующими компонентами западной психотерапии и собственных систем убеждений пациента для осуществления наиболее полезных терапевтических встреч.

Мигранты могут принести с собой в клинику свой опыт расизма, травмы, войны, экономических трудностей или принудительного переселения. Это должно быть серьезно выслушано и принято. Rathod и др. (72) ссылаются на работу, сделанную с афрокарибскими пациентами, которым необходимо было позволить обсудить проблемы рабства, расизма и дискриминации, заданные в ходе когнитивно-поведенческой терапии, для того чтобы произошел прогресс в терапии.

Безусловно, степень аккультурации пациента вносит разницу в принятие им терапии. Возможно, что особенно пожилые азиатские пациенты могут видеть в профессионалах авторитетных лиц и ожидать директивных терапевтических встреч, в которых им больше указывают, чем сотрудничают с ними. Дидактический стиль на ранних стадиях может помочь привлечь пациента. Терапевт должен быть в курсе когнитивных стилей в рамках первичной культуры пациентов. Понятия стыда могут быть сильнее в некоторых культурах по сравнению с понятиями вины, таким образом, «подгонка» терапии имеет большое значение.

Можно утверждать, что в социоцентрических культурах следует использовать групповую психотерапию, но это также может поднимать вопросы конфиденциальности и культуральных ценностей, усиливая стигму. Различные уровни языковой компетенции и аккультурации усугубляют трудности. Этнически разнородная группа может привести к некоторому разделению по этническим и расовым группировкам с расовыми стереотипами, играющими роль. Члены могут чувствовать, что они «представляют» свою культуру, что может привести к дополнительным стрессам. Будет ли мультикультуральная группа более терапевтической по сравнению с однородной монокультурной группой, зависит от ее контекста и цели.

Опыт показывает, что несмотря на эти потенциальные трудности, что групповая психотерапия может быть эффективной в оказании помощи мигрантам с психическими расстройствами. Jenkins (51) утверждает, что «межрасовая и/или межэтническая групповая терапия может быть эффективной, если члены, представляющие меньшинства, смогут убедиться в том, что терапевт чувствителен к их социально-культуральной и личной ситуации». Таким образом, в группах с этнически разнородным составом ответственность за обеспечение того, что трудности не будут препятствовать успеху групповой терапии, лежит на терапевте.

Как и другие пациенты, мигранты, обращающиеся к психотерапии, в первый раз могут держать в уме мысленный образ своего терапевта и свои ожидания от него. Этот образ будет культурально сформованным, влияющим на ожидания и взаимопонимание. Пациенты с традиционным окружением восточной культуры могут воспринимать роль терапевта аналогично роли гуру или «духовного учителя», который предсказывает и объясняет в директивной манере. Сходным образом в традиционной африканской культуре — особенно в некоторых частях

Нигерии, Bhugra и Tantom (73) утверждают, что «преобладает вера, что самые мощные целители знают, что проблема человека является прежде, чем человек говорит что-нибудь. Рассказывание истории, согласно этой точке зрения, есть симптом терапевтической слабости».

Опыт терапевта в целом и в работе с этническими меньшинствами, в частности, будет влиять на терапевтическое участие. Психотерапевт, в силу своего служебного положения, может идентифицировать себя с новой культурой в большей степени, чем его пациенты, способствуя тем самым их отчуждению.

В семейной терапии межрасовые или межкультуральные пары столкнутся с конкретными вопросами своей принадлежности, особенно связанными с принятием их семьями или родственниками, которые могут привести к дополнительному стрессу. В некоторых случаях это может быть использовано как преимущество в том, что они вместе, несмотря на оппозицию семьи, что является показателем устойчивости отношений. Ожидания гендерной роли в новой культуре могут измениться и вызвать стресс. Очевидно, что терапевты должны изучить испытывает ли пара дистресс из-за культуральных различий между двумя партнерами или любых других факторов.

Беженцы и лица, ищущие убежища, могут видеть в психотерапевте властную фигуру, которая, по их мнению, может позволить им пребывание в стране и помочь получить социальную поддержку и другие немедицинские результаты. Следовательно, терапевт должен сделать цель терапевтической встречи ясной, а также установить реалистичные ожидания относительно достижений и результатов. Терапия может быть прекращена с небольшим предупреждением о том, что ходатайство о предоставлении убежища пациента не удовлетворено, и он/она депортируются. На начальных стадиях терапевт может просто выслушать, позволив пациенту выразить свои чувства. Некоторые из таких пациентов после опыта сексуального или физического насилия могут быть очень насторожены в отношении авторитарных фигур. Терапевт и пациент должны четко договориться о приоритетах и ожидаемых результатах терапии в начале их встречи, чтобы не осталось недоразумений. Вполне возможно вовлекать пациентов, которые имеют разные убеждения и объясняющие модели до тех пор, пока эти взгляды не смягчатся.

ВЫВОДЫ

Сама по себе миграция может быть стрессовым опытом. Тем не менее, не все мигранты будут испытывать или отвечать на стресс таким же образом. Индивидуальные реакции будут зависеть от ряда личностных, социальных и культуральных факторов. Некоторые из этих факторов может быть уменьшены сетевой социальной поддержкой и культурным сходством. Существуют значительные доказательства того, что у некоторых группы мигрантов риск развития психических расстройств выше. Врачи, организаторы и поставщики услуг должны знать о конкретных потребностях, которые могут быть у мигрантов, и то, как эти потребности удовлетворяются. Мигранты могут и должны внести позитивный вклад в новые культуры и крайне важ-

но, чтобы их психическое здоровье было определено культурально подходящим образом и соответственно предоставлялись услуги.

Благодарность

Мы благодарны нашим рецензентам проф. А. Cheng (Тайвань), М. Veiser (Канада) и Н. Minas (Австралия) за их очень полезные и конструктивные замечания. Выражаем также благодарность проф. Mario Maj за приглашение и постоянную поддержку проекта, комментарии и помощь в окончательной доработке доклада.

Список литературы

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7: 129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:243-58.
4. Berry JW. Acculturation as varieties of adaptation. In: Padilla AM (ed). *Acculturation*. Boulder: Westview, 1980:9-26.
5. Berry JW. Acculturation and identity. In: Bhugra D, Bhui KS (eds). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007:169-78.
6. Bhugra D. Acculturation, cultural identity and mental health. In: Bhugra D, Cochrane R (eds). *Psychiatry in multicultural Britain*. London: Gaskell, 2001:112-36.
7. Bhugra D, Wojcik W, Gupta S. Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: adjustments and reactions. In: Bhugra D, Gupta S (eds). *Migration and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
8. Bhugra D, Becker M. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* 2005;4:18-24.
9. Boneham M. Ageing and ethnicity in Britain: the case of elderly Sikh women in a Midlands town. *New Community* 1989;15:447-59.
10. Livingston G, Leavey G, Kitchen G et al. Mental health of migrant elders — the Islington study. *Br J Psychiatry* 2001;179:361-6.
11. Lindert J, Ehrenstein S, Priebe S et al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees — a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009;69:246-57.
12. Laban CH, Gernaat HB, Komproe IH et al. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:843-51.
13. Hallas P, Hansen A, Staehr M et al. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health* 2007;7:288.
14. McCrone P, Bhui KS, Craig T et al. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:351-7.
15. Laban CH, Gernaat HB, Komproe IH et al. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:837-44.
16. Eisenbruch M. The cultural bereavement interview: a new clinical and research approach with refugees. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13:673-735.
17. Eisenbruch M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med* 1991;33:673-80.
18. Redfield R, Linton R, Heskovits M. Memorandum on the study of acculturation. *Am Anthropol* 1936;38:148-52.
19. Linton R. *The cultural background of personality*. New York: Appleton Century Croft, 1945.
20. Boydell J, van Os J, McKenzie K et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with

- environment. *BMJ* 2001;323:1336.
21. Krupinski J. Psychological maladaptations in ethnic concentrations in Victoria. In: Pilowsky I (ed). *Cultures in collision*. Adelaide: National Association for Mental Health, 1975:49-58.
 22. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:84-93.
 23. Ödegaard O. Emigration and insanity. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1932;4(Suppl.):1-206.
 24. Kirkbride J, Jones P. Epidemiological aspects of migration and mental illness. In: Bhugra D, Gupta S (eds). *Migration and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
 25. Fung WLA, Bhugra D, Jones P. Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia and related psychoses in migrant populations in the Western world. *Psychiatry* 2009;8:335-41.
 26. Cantor-Grae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
 27. Cochrane R, Bal SS. Mental hospital admission rates of migrants to England — a comparison of 1971 and 1981. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:2-12.
 28. Cochrane R, Bal SS. Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Soc Psychiatry* 1987;22:1981-91.
 29. Hickling F, Rodgers-Johnson P. The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995;167:193-6.
 30. Bhugra D, Hilwig M, Hossein B et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1996;169:587-92.
 31. Mahy G, Mallett R, Leff J et al. First-contact incidence rate of schizophrenia in Barbados. *Br J Psychiatry* 1999;175:28-33.
 32. Hanoeman M, Selten J-P, Kalm R. Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophr Res* 2002;54:219-21.
 33. Hutchinson G, Takei N, Fahy T et al. Morbid risk of schizophrenia in first degree relatives of Whites and African Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;169:776-80.
 34. Hutchinson G, Takei N, Bhugra D et al. Increased rates of psychosis among African Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *Br J Psychiatry* 1997;171:145-7.
 35. Mallett R, Leff J, Bhugra D et al. Social environment, ethnicity and schizophrenia: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:329-35.
 36. Littlewood R, Lipsedge M. Some social and phenomenological characteristics of psychotic immigrants. *Psychol Med* 1981;11:289-92.
 37. Littlewood R, Lipsedge M. Acute psychotic reactions in Caribbeanborn patients. *Psychol Med* 1981;11:303-18.
 38. Bhugra D, Hilwig M, Mallett R et al. Factors in the onset of schizophrenia: a comparison between London and Trinidad samples. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:135-41.
 39. Stompe T, Friedmann A, Ortwein G et al. Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and Pakistan. *Psychopathology* 1999;32:225-34.
 40. Faris R, Denham W. *Mental disorders in urban areas*. New York: Hafner, 1960.
 41. Parker S, Kleiner R. *Mental illness in the urban Negro community*. New York: Free Press, 1966.
 42. Mallett R, Leff J, Bhugra D et al. Ethnicity, goal striving and schizophrenia: a case-control study of three ethnic groups in the United Kingdom. *Int J Soc Psychiatry* 2003;50:331-4.
 43. Reininghaus U, Morgan C, Dazzan P et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the JSOP Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:743-51.
 44. Bhugra D, Ayonrinde O. Racism, racial life events and mental ill health. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:343-9.
 45. Veling W, Selten JP, Veen N et al. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006;86:189-93.
 46. Nazroo J. *Ethnicity and mental health*. London: PSI, 1997.
 47. Weich S, Nazroo J, Sproston K et al. Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychol Med* 2004;34:1543-51.
 48. Sproston K, Nazroo J (eds). *Ethnic minority psychiatric illness rates in the community*. London: The Stationery Office, 2002.
 49. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression. *Psychol Med* 1998;28:585-95.
 50. Lipsedge M. Commentary. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:222-3.
 51. Jenkins J H. A state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees. *Cult Med Psychiatry* 1991;15:139-65.
 52. Holtz TH. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:24-34.
 53. Jurh WM, Kim KC. Correlates of Korean immigrants' mental health. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:703-11.
 54. Bhugra D. *Culture and self-harm: attempted suicide in South Asians in London*. Maudsley Monographs 46. London: Psychology Press, 2004.
 55. Bhugra D, Desai M, Baldwin DS. Attempted suicide in West London, I. Rates across ethnic communities. *Psychol Med* 1999;29:1125-30.
 56. Bhugra D, Thompson N, Singh J et al. Deliberate self-harm in adolescents in West London: socio-cultural factors. *Eur J Psychiatry* 2004;18:91-8.
 57. McKenzie K, Bhui K, Nanchahal K et al. Suicide rates in people of South Asian origin in England and Wales: 1993-2003. *Br J Psychiatry* 2008;193:406-9.
 58. Whitlock FA. Migration and suicide. *Med J Australia* 1971;2:840-8.
 59. Morrell S, Taylor R, Slaytor E et al. Urban and rural suicide differentials in migrants and the Australian-born New South Wales, Australia 1985-1994. *Soc Sci Med* 1999;49:81-91.
 60. Taylor R, Morrell S, Slaytor E et al. Suicide in urban New South Wales, Australia 1984-1994: socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med* 1999;47:1677-86.
 61. Wassenaar DR, van der Veen MBW, Pillay AL. Women in cultural transition: suicidal behaviour in South African Indian Women. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:82-93.
 62. Dusovic N, Baume P, Malak A-E. *Cross-cultural suicide prevention*. Australia: Transcultural Mental Health Centre, 2002.
 63. Lin KM, Poland RE, Nuccio I et al. A longitudinal assessment of haloperidol doses and serum concentrations in Asian and Caucasian schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1989;146:1307-11.
 64. Marcos LR, Cancro RC. Pharmacotherapy of Hispanic depressed patients: clinical observations. *Am J Psychother* 1982;36:505-13.
 65. Strickland T, Lin K, Fu P et al. Comparison of lithium ratio between African-American and Caucasian bipolar patients. *Biol Psychiatry* 1995;37:325-30.
 66. Westermeyer J. *Somatotherapies*. In: Gold JH (ed). *Psychiatric care of migrants: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press, 1989:139-68.
 67. Lee S. Side effects of chronic lithium therapy in Hong Kong Chinese: an ethnopsychiatric perspective. *Cult Med Psychiatry* 1993;17:301-20.
 68. Comas-Forgas R, Jacobsen FM. Ethnocultural transference and counter-transference in the therapeutic dyad. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:392-402.
 69. Herbeck DM, West JC, Ruditis I et al. Variations in use of second-generation antipsychotic medication by race among adult psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2004;55:677-84.
 70. Arranz MJ, Kapur S. Pharmacogenetics in psychiatry: are we ready for widespread clinical use? *Schizophr Bull* 2008;34:1130-44.
 71. Ng CH, Lin K-M, Singh BS et al (eds). *Ethno-psychopharmacology: advances in current practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
 72. Rathod S, Kingdon D, Phiri P et al. Developing culturally sensitive cognitive-behaviour therapy for psychosis for ethnic minority patients by exploration and incorporation of service users' and health professionals' views and opinions. Report to US Department of Health Delivering Race Equality Project Group, 2009.
 73. Bhugra D, Tantam D. *Psychotherapy, culture and ethnicity*. In: Tantam D (ed). *Clinical topics in psychotherapy*. London: Gaskell, 1998:241-55.