

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Мигранты из стран бывшего Советского Союза с
проблемами интенсивного потребления
алкоголя и наркотических средств
и (угрозой заражения) гепатитом С

Практические рекомендации для оказания
интегративной профессиональной помощи

Гундула Рёнш и Уве Флик
в сотрудничестве с Тианой Патрик и Аксаной Рачицкой

**RUssian Speaking Migrants' Utilization Behavior in Case of Intense Use
of Alcohol and/or Drugs and (potential) Hepatitis**

Берлин: Институт имени Алисы Саломон

Исследовательский проект RUSMUB (**RU**ssian **S**peaking **M**igrants' **U**tilization **B**ehavior in Case of Intense Use of Alcohol and/or Drugs and (potential) Hepatitis)

При финансовой поддержке Федерального министерства образования и научных исследований Германии (BMBF) в рамках программы "Исследование системы здравоохранения" (FKZ: 01GY1121)

Руководитель проекта: проф. д-р Уве Флик

Институт имени Алисы Саломон, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin

Берлин, сентябрь 2014

Введение

Заболевания, связанные с зависимостью от алкоголя и наркотических средств, распространены в Германии, в том числе и среди мигрантов. Часто именно мигранты из стран бывшего СССР проявляют опасную склонность к чрезмерному потреблению алкоголя и наркотиков. По сравнению с зависимыми, относящимися к местному населению Германии, мигранты из стран бывшего СССР раньше начинают потреблять героин, а зачастую героин является первым наркотиком, который они попробовали. Согласно отчетам (Buggisch et al., 2012) и исследованиям в этой области (Isralowitz et al., 2007), мигранты из стран бывшего СССР чаще других страдают такими сопутствующими зависимостям заболеваниями, как (хронический) гепатит С. Более того, как сообщается в государственном отчете за 2008 год по проблемам наркотиков и наркозависимости, количество смертей, как следствие употребления наркотиков, непропорционально высоко именно среди мигрантов из стран бывшего Советского Союза (BMG, 2008). Кроме того, эти наркозависимые непропорционально часто оказываются как в клиниках судебной медицины, так и в тюрьмах (Hoffman, 2011).

В связи с вышесказанным напрашивается вывод, что эта группа мигрантов пока еще не в полной мере открыта для принятия профессиональной помощи наркозависимым в Германии. Кроме того, крайне нехватает данных о том, как мигранты из стран бывшего Советского Союза воспринимают и переживают свою зависимость, а так же при каких условиях они готовы принимать и принимают профессиональную помощь в этой связи, и какой опыт они приобретают в процессе ее поиска и получения. Неясно так же, каким образом работники профессиональной помощи наркозависимым¹ представляют себе потребности клиентов, относящихся именно к данной миграционной группе.

Исследовательский проект RUSMUB занимался этими и другими открытыми вопросами, связанными с поиском, принятием и восприятием профессиональной помощи наркозависимыми русскоязычными мигрантами с проблемами чрезмерного потребления алкоголя и наркотиков, а так же с (угрозой заражения) гепатитом С. Ниже будут приведены основные результаты нашего исследования. Исходя из этих результатов будут выделены практические рекомендации для интегративной работы с данной целевой группой.

Данные рекомендации, разумеется, не являются абсолютными и законченными правилами без исключений. Это было бы недопустимым обобщением столь гетерогенной группы как мигранты из стран бывшего СССР, каждый из которых несет в себе неповторимые культурные и социальные установки. Таким образом, наши рекомендации являются исключительно вспомогательными и не отменяют необходимости в индивидуальном и контекстуальном подходе к каждому клиенту этой

¹Понятие "профессиональная помощь наркозависимым" охватывает весь спектр профессиональных услуг наркозависимым в Германии, включая "комнаты потребления", консультации, заместительная терапия и психосоциальное сопровождение, снятие абстинентного синдрома, реабилитация, помощь в постреабилитационный период адаптации и т.д.

целевой группы. В целом такой подход к клиенту отвечает принципам межкультурной компетенции (Eppenstein & Kiesel, 2011). Без приведения всего спектра актуальной для вопроса межкультурной компетенции литературы лишь отметим, что прежде всего открытость к восприятию чужой культуры и представлений, а так же готовность к саморефлексии относительно собственной культуры, являются основополагающими факторами успеха при работе с мигрантами в целом (ebd.; Bottlender et al., 2011).

Исследовательский проект RUSMUB: Методы исследования

В 2012 году наш проект получил разрешение и поддержку от Федерального министерства образования и научных исследований Германии на его проведение сроком на три года (FKZ: 01GY1121). Цель нашего проекта состояла в получении, обработке и анализе данных на тему поиска профессиональной помощи русскоязычными мигрантами с проблемами интенсивного потребления алкоголя и наркотических средств и (угрозой заражения) гепатитом С. В нашем исследовании мы сравниваем две перспективы восприятия данного вопроса: перспективу ищущих помощь, и перспективу эту помощь предоставляющих (сотрудников служб профессиональной помощи наркозависим).

Выборка:

Интервью были проведены с 46-ю мигрантами в возрасте от 17-ти до 43-х лет из нескольких стран бывшего Советского Союза (Казахстан, Россия, Литва, Латвия, Украина). В ходе интервью были заданы вопросы на следующие темы: восприятие и переживание собственной алкогольной и/или наркотической зависимости, а также гепатита С (если присутствует); осознанность рисков, связанных с потреблением алкоголя и/или наркотиков; поиск профессиональной помощи и приобретенный в этой связи опыт, а также связанные с оказанием профессиональной помощи ожидания и надежды. Примерно три четверти от общего числа опрошенных относятся к (бывшим) потребителям героина. Часть из них начинала свое знакомство с психоактивными веществами с потребления алкоголя, но со временем именно героин стал основной потребляемой наркотической субстанцией. Оставшаяся часть опрошенных потребляет (или потребляла) различные наркотические вещества, не отдавая при этом предпочтения какой-либо одной субстанции. Малая часть опрошенных выделяла прежде всего алкоголь, а так же амфетамины и каннабис.

Кроме того, нами были опрошены 33 работника системы медицинской и психосоциальной помощи наркозависимым (социальные работники, врачи и психологи) из различных областей, таких как область здравоохранения, социальная работа, юстиция, школьное образование, миграция и управление. Основными темами интервью были, прежде всего, восприятие русскоязычных клиентов в процессе прохождения терапии и консультаций; отношение больных гепатитом С клиентов к

своему заболеванию; их представления о предоставлении качественной профессиональной помощи; условия успешной кооперации различных инстанций, связанных с оказанием профессиональной помощи наркозависимым.

Все интервью были записаны на диктофон, транскрибированы, а так же, при необходимости, переведены на немецкий язык. Обработка и анализ полученных данных осуществлялись при помощи их кодирования и категоризирования.

Краткое освещение результатов исследования

Основные результаты нашего исследования относятся к следующим областям:

- Восприятие гепатита С, а также стратегии поведения, связанные с этим заболеванием
- Представления и ожидания относительно профессиональной помощи
- Барьеры при поиске и принятии профессиональной помощи
- Стратегии поведения в поиске профессиональной помощи
- Восприятие, понимание и переживание наркотической зависимости

Результаты исследования, относящиеся к вышеуказанным пунктам, будут освещены ниже. По первым трем пунктам будет проведен сравнительный анализ двух перспектив: перспективы самих клиентов и перспективы работников системы оказания профессиональной помощи. Последние два пункта освещают исключительно перспективу мигрантов. Из результатов наших исследований мы постараемся вывести практические рекомендации ориентировочного свойства для облегчения работы с данной целевой группой.

Восприятие гепатита С, а также стратегии поведения, связанные с этим заболеванием

Для большинства опрошенных нами мигрантов практически не существует такой темы, как гепатит. Такие клиенты стараются полностью игнорировать риски заражения гепатитом, как путем внутривенного, так и назального потребления наркотических средств. Развитие и протекание этой болезни остаются им малопонятными. Они не связывают гепатит С с повреждением печени путем заражения крови. Даже опрошенные, у которых был выявлен гепатит С, проявляют пониженный интерес к своему заболеванию. Опрошенные нами мигранты воспринимают эту болезнь как что-то мистическое и таинственное, как некое справедливое наказание за проступки, и, прежде всего, за зависимость от наркотиков. В борьбе с гепатитом они рассчитывают на некие "высшие силы", которые помогут (либо уже помогли) преодолеть болезнь. Кроме того, психологические ресурсы, такие как сила воли и оптимизм, имеют для них также большое значение. Отказ же от медикаментозного лечения гепатита С объясняется нежеланием наркозависимых вставать на программу заместительной терапии (vgl.

Sarrazin et al., 2010).

Лишь немногие из опрошенных нами мигрантов, у которых был диагностирован гепатит С, предпочитают активно бороться с этой болезнью. Они понимают всю серьезность последствий заболевания и готовы ради собственного здоровья (гипотетически) отказаться от алкоголя и наркотиков. Одновременно с этим, они подчеркивают важность присутствия для себя определенной перспективы на будущее, наличие которой подхлестнет и даст дополнительную мотивацию отказаться от наркотиков.

При сравнении взглядов опрошенных нами мигрантов со взглядами и мнениями опрошенных экспертов касательно данной темы, можно сделать вывод, что проблема гепатита С практически не тематизируется и среди последних. Опрошенные нами эксперты не чувствуют себя ответственными за превентивную работу, связанную с гепатитом, а так же его последствиями. С их точки зрения, лишь врачи и другие работники системы здравоохранения должны заниматься подобными вопросами. За немногим исключением, опрошенные эксперты придерживались мнения, что для русскоязычных наркозависимых клиентов гепатит не играет большой роли, прежде всего в сравнении с другими наличествующими проблемами, как внутреннее потребление наркотиков и тяжелое социальное положение в целом.

Представления и ожидания относительно предоставляемой профессиональной помощи

По мнению многих опрошенных нами мигрантов, профессиональная помощь наркозависимым не должна быть ограничена лишь одной целью - прекратить или уменьшить потребление наркотических средств, но должна включать в себя также и помощь социального характера. Такая помощь должна поддержать клиента и дать возможность начать жизнь вдалеке от старых знакомств, где потребление наркотиков было нормой. Создание альтернатив прежнему образу жизни, а также определенных перспектив, норм и целей создадут наркозависимому определенную мотивацию отказаться от потребления наркотиков. Опрошенные нами мигранты апеллируют прежде всего к религиозным нормам и желали бы, чтобы профессиональная помощь включала в себя данный аспект. Кроме этого, они особо подчеркивают свое желание к активным мероприятиям в свободное время. Такие мероприятия должны отвечать их интересам и возможностям.

Примерно половина опрошенных нами мигрантов ожидают от работников системы по оказанию профессиональной помощи наркозависимым конкретных и четких указаний для себя. Они хотели бы, чтобы работники не предоставляли им слишком большую свободу действий, а напротив, контролировали исполнение и поддержание правил, которые были обговорены с терапевтом и установлены на время лечения.

При сравнении приведенных выше представлений наркозависимых с представлениями работников системы оказания профессиональной помощи, мы сделали вывод, что они практически совпадают. Однако, в то время как работники системы помощи подчеркивают, прежде всего, направленность своей работы на снижение вреда от потребления, а также на принятие наркозависимых медицинских и психосоциальных услуг в целом, сами клиенты ориентируются на полный отказ от потребления наркотиков и/или алкоголя.

Барьеры при поиске и принятии профессиональной помощи

Опрошенные нами наркозависимые мигранты зачастую воспринимают некоторые требования терапевта и/или консультанта с явной растерянностью, они перегружены и не готовы сотрудничать. В худшем случае это может привести к прерыванию лечения. К примеру, критический разбор причин возникновения собственной наркотической и/или алкогольной зависимости, а также разговор о своих чувствах в этой связи, является сложнейшей задачей для русскоязычных клиентов во время прохождения терапии. По их мнению, столь интимные переживания не должны быть вынесены за пределы круга близких родственников и друзей.

"И я должен был там представляться перед шестьюдесятью человеками, ну и тогда меня просто холодный пот пробил (...) все ко мне подходят "Хэй, привет, как дела, как ты, как себя чувствуешь?". Я думал, буааа, почему они меня все спрашивают?" (Аркадий², с. 252-257)

Русскоязычные наркозависимые считают (терапевтически направленный) обмен опытом между наркозависимыми бессмысленным. Они не проявляют интереса к жизненной ситуации и чувствам собеседника и не могут себе представить, чтобы собеседник проявлял интерес к их жизненной ситуации, ведь все ситуации индивидуальны и не похожи друг на друга.

Кроме того, опрошенные нами наркозависимые жалуются на то, что врачи и терапевты, по их мнению, не находят для них достаточно времени, и именно тогда, когда потребность во враче и/или терапевте особенно высока. Это приводит к тому, что они чувствуют себя оставленными со своими проблемами один на один. Таким образом, русскоязычные клиенты, по их мнению, не находят возможности выстроить прочные и интенсивные отношения с работником или работниками системы оказания профессиональной помощи наркозависимым. Такие отношения, по мнению опрошенных мигрантов, являются необходимым фактором выявления и устранения проблемы. Многие мигранты из нашей выборки жалуются на высокую степень бюрократии в процессе поиска и принятия профессиональной помощи. Они жалуются

² Все имена были анонимизированы.

на длительные бюрократические процедуры, предшествующие планированию, утверждению и непосредственному инициированию необходимой помощи.

С точки зрения опрошенных нами экспертов, определенные специфичные для русскоязычной целевой группы барьеры заключаются в общем недоверии мигрантов к системе профессиональной помощи наркозависимым. Таким образом, русскоязычные мигранты предпочитают обращаться за помощью как можно позднее, либо не обращаться совсем. Как правило, они обращаются за профессиональной помощью уже тогда, когда состояние их здоровья, а также социальное положение становятся крайне проблематичными. Согласно мнению экспертов, многие мигранты ограничены в возможности поиска и принятия профессиональной помощи по причине как внешних, так и внутренних факторов. По их наблюдениям, русскоязычные наркозависимые, с одной стороны, ограничены в возможностях поиска и принятия необходимой профессиональной помощи по причинам культурного характера. Они стыдятся своей зависимости от нелегальных наркотиков - проблема наркотической зависимости до сих пор сильно табуизирована на территории стран бывшего Советского Союза (Mendelevich, 2011). Таким образом, эти клиенты стараются сохранить свою болезнь в тайне от окружения. С другой стороны, русскоязычные наркозависимые, как и наркозависимые без собственного миграционного опыта, встречаются с такими барьерами на пути к лечению, как недостаточное осознание проблемы, а также сама структура системы помощи наркозависимым, основанная на проявлении изначальной инициативы самим наркозависимым.

Стратегии поведения в поиске профессиональной помощи

Опрошенные нами наркозависимые мигранты применяют отличные друг от друга стратегии поиска релевантной профессиональной помощи. Среди нами опрошенных находились те, кто интенсивно и долго боролся с собственной зависимостью, постоянно обращался за помощью и ставил себе четкую цель победить болезнь. Такие клиенты со всей серьезностью воспринимают советы и требования терапевта и активно участвуют в терапевтическом процессе. Успехи в лечении они объясняют как усилиями собственной воли, так и помощью со стороны близких и терапевтов. Но среди опрошенных встречались также и те, кто принимает помощь не по собственному желанию, а по причине внешнего давления. Такого рода внешнее давление может быть, к примеру, арест или желание близкого человека. Эти опрошенные нами (бывшие) наркозависимые описывают свое поведение в процессе лечения как пассивное, безинициативное. Тот факт, что они успешно прошли лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости, они объясняют неким чудом и "божьей помощью".

Среди опрошенных нами мигрантов есть в том числе и те, которые воспринимают свою зависимость неоднозначно. Они понимают необходимость в отказе от потребления опасных субстанций прежде всего по причинам социального характера, а также по

медицинским соображениям, но часто не хотят или не могут этого сделать. Эти наркозависимые предпочитают посещать скорее места с предоставлением низкопорожных услуг, как комнаты потребления, и делают это скорее от случая к случаю. Профессиональная помощь специалистов является для них лишь одним из вариантов в борьбе с собственной зависимостью. Чаще же эти наркозависимые стараются справляться с проблемами потребления самостоятельно, нередко, тем самым, рискуя своим здоровьем.

Примерно пятая часть опрошенных нами мигрантов считают профессиональную помощь для наркозависимых бессмысленной. Они считают, что в борьбе с собственной зависимостью могут рассчитывать только на себя. Однако, они (больше) не верят в успех своего излечения и фаталистически и неразрывно связывают себя с потреблением наркотических средств.

Восприятие, понимание и переживание наркотической зависимости

За небольшим исключением, практически все опрошенные нами мигранты воспринимают себя как зависимых от наркотиков и/или алкоголя. Они приходят к такому заключению, прежде всего, исходя из симптомов психологического и социального характера. Они утверждают, что нуждаются в наркотиках и/или алкоголе, который "помогает" им справляться с повседневными обязанностями и просто чувствовать себя хорошо. Абстинентный синдром воспринимается ими как симптом физической зависимости.

Большинство опрошенных нами (бывших) наркозависимых считает зависимость разрушительным заболеванием. Они подчеркивают, что для них "их" наркотик - как правило это героин - имеет приоритет перед всем, что было важным раньше. Они описывают свою жизнь с зависимостью как выживание, ограниченное поиском новой дозы. Успешное прохождение терапии, по их мнению, не избавляет их от зависимости, которая останется с ними на протяжении всей жизни. Эти клиенты считают, что одновременное контролирование потребления наркотиков и алкоголя и отказ от зависимости несовместимы.

Опрошенные нами потребители героина считают виноватыми в своей зависимости исключительно себя - они начали употреблять героин по причине собственного легкомыслия и беспечности. Такая серьезная "ошибка" заставляет их сомневаться в собственной компетенции, в умении принимать "правильные" решения, а также совершать "правильные" действия. Они склонны мистифицировать свою зависимость, и сравнивать ее с *"(...) нечистым духом, который живет в нас, да, этот дух зависимости от наркотиков"* (Галина, строки 594-595).

Некоторые из опрошенных нами мигрантов считают эффект от потребления нелегальных наркотиков и/или алкоголя настолько привлекательным, что готовы мириться с возникновением у них наркотической и/или алкогольной зависимостей. Они

воспринимают наркотик и/или алкоголь как "универсальное средство решения всех проблем" и готовы мириться с тем, что являются наркозависимыми.

Практические рекомендации для работы с мигрантами, потребляющих алкоголь и/или наркотические вещества

В дальнейшем мы представим некоторые практические рекомендации, вытекающие из результатов нашего исследования. Рекомендации направлены, прежде всего, на улучшение системы здравоохранения и социальной помощи мигрантам из стран бывшего Советского Союза, которые потребляют алкоголь и/или наркотики и подвержены большому риску таких заболеваний, как гепатит С.

Рекомендации можно разделить на три следующих блока:

- Рекомендации, направленные на помощь по выработке осознанного ведения здорового образа жизни
- Рекомендации по разработке услуг по оказанию профессиональной медицинской и психосоциальной помощи
- Рекомендации по созданию условий оказания услуг профессиональной медицинской и психосоциальной помощи, расположенных на структурном уровне и имеющих отношение к осознанию проблем русскоговорящих клиентов специалистами

Рекомендации, направленные на помощь по выработке осознанного ведения здорового образа жизни

1. Мигрантам, которые относительно недавно начали потреблять алкоголь и/или наркотики, необходимо предоставить обширную информацию о психоактивных веществах и их воздействии на человека. Это должно дать клиентам возможность оценить и осмыслить собственную практику потребления. Результаты нашего исследования показали, что многие мигранты из стран бывшего Советского Союза, как и прежде, очень легкомысленно начинают потребление особенно нелегальных наркотиков. При этом мигранты не столько отрицают наличие у себя признаков абстинентного синдрома, сколько неверно его интерпретируют (н-р, как безобидный симптом простуды).
2. В рамках дополнительных профилактических мероприятий необходимо научить мигрантов, которые на данный момент не желают или не могут прекратить потребление алкоголя и/или наркотиков, менее рискованным моделям потребления этих субстанций. Потребляющие алкоголь мигранты должны прийти к ответственному, осознанному и умеренному обращению с алкоголем. Опыание не должно становиться самоцелью, как это было описано в наших

интервью. В целях избежания появления у мигрантов нереалистических ожиданий относительно полного контроля их зависимости, необходимо одновременно укрепить в них осознание того, что не существует „безопасного“ потребления алкоголя, как и „безопасного“ потребления нелегальных наркотиков.

3. Мероприятия по профилактике гепатита должны научить мигрантов более реально оценивать риски инфекции. Целевой группе необходимо разъяснить, что опасность инфекции исходит не только от инструментов внутривенного потребления наркотиков, но, например, также и от предметов домашнего обихода, поскольку на них также могут оставаться капли крови. Мигранты также должны знать, что существует опасность заражения гепатитом и путем назального потребления наркотиков.
4. Необходимо проинформировать мигрантов, у которых был диагностирован гепатит, о возможностях и условиях терапии. Специалисты системы профессиональной медицинской и психосоциальной помощи должны, прежде всего, попытаться устранить предубеждения социо-культурного характера, которые часто имеются у мигрантов из стран бывшего Советского Союза относительно заместительной терапии. Эти предубеждения являются отражением запрета заместительной терапии и общественного неприятия подобного вида лечения во многих странах бывшего Советского Союза (Mendelevich, 2010; Spicer et al., 2011). Результаты нашего исследования подтверждают, что мигранты из стран бывшего Советского Союза часто очень эмоционально относятся к заместительной терапии и воспринимают ее в качестве доказательства того, что врач в связи с их зависимостью хочет „держать их при себе“. Однако, отказ наркозависимых от заместительной терапии влечет за собой потерю оптимальных условий для лечения гепатита С (Sarrazin et al., 2010). Сотрудники системы медицинской и психосоциальной помощи должны попытаться разъяснить мигрантам значение заместительной терапии. Мигрантам необходимо показать, что это лечение, направленное на контроль связанных с наркотиками рисков (предотвращение ВИЧ/СПИДа; предотвращение криминального поведения в связи с поиском наркотиков, последующее социальное падение), - это шаг на пути к абстиненции. К этому мигранты часто как раз и стремятся.

Рекомендации по разработке услуг по оказанию профессиональной медицинской и психосоциальной помощи

1. Для того, чтобы найти лучший доступ к мигрантам из стран бывшего Советского Союза, система медицинской и психосоциальной помощи должна и

впредь оставаться открытой для всех культур. Выполнение этой задачи не должно быть возложено лишь на отдельных авторитетных сотрудников системы медицинской и психосоциальной помощи, а должно стать всеобщей задачей. Оказание медицинской и психосоциальной помощи данной целевой группе должно быть основано на принципах межкультурной компетенции специалистов. Специалисты должны принимать во внимание, что мигранты из стран бывшего Советского Союза отличаются друг от друга относительно их понимания наркологических заболеваний, зависимости и гепатита, а также их ожиданий касательно оказания помощи клиентам без миграционного статуса. Специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи должны обращаться с мигрантами в их "я-другой"-понимании.

2. Специалисты должны быть готовы пересмотреть основные практические установки, разработанные для социализированных в Германии клиентов. Социальные работники и терапевты должны (постепенно), и исходя из обстоятельств, покрепче "взять за руку" мигрантов из стран бывшего Советского Союза, отбросив тем самым руководства, которые были направлены на повышение уровня самостоятельности и самоопределения мигрантов. Мигранты из стран бывшего Советского Союза часто нуждаются в чётких предписаниях и понятной структуре. Они ожидают прямых практических рекомендаций, которые могут помочь им преодолеть их зависимость. Соответственно, мигранты также ожидают, что им расскажут, как конкретно они должны вести себя в ситуациях, провоцирующих рецидив, например, в семейных конфликтах, или какие возможные альтернативы потреблению наркотиков или алкоголя существуют. Многие мигранты относятся очень скептически к оказываемым услугам, основанным преимущественно на беседах о их зависимости, целью которых становится осознание проблемы, проявление собственной инициативы, а также способности к практическим действиям и самостоятельности.
3. Услуги медицинской и психосоциальной помощи также должны быть направлены на контроль зависимости. Специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи должны понимать, что среди мигрантов есть клиенты, для которых очень важно обязательное согласование всех вопросов, связанных с терапией. Эти мигранты также ожидают того, что соблюдение этих договоренностей будет контролироваться и, при необходимости, санкционироваться сотрудниками системы медицинской и психосоциальной помощи.
4. Сотрудники системы профессиональной медицинской и психосоциальной помощи должны знать ожидания мигрантов из стран бывшего Советского Союза относительно их терапевтов и социальных работников. Исходя из каждого конкретного случая, специалисты должны контролировать, насколько их

помощь и поддержка может соответствовать этим ожиданиям. Мигранты часто рассматривают поведение "своего" социального работника или терапевта по отношению к себе в качестве определяющего фактора для принятия профессиональных услуг либо для прекращения собственного потребления алкоголя и/или наркотиков. Многие мигранты ожидают от своего терапевта авторитарного поведения. Он должен быть, с одной стороны, добрым и справедливым, а с другой стороны, требовательным и последовательным. Кроме того, мигранты также хотят, чтобы их терапевты уделяли им больше времени.

5. Помощь, оказываемая целевой группе, должна быть квалифицированной и комплексной. Услуги по оказанию профессиональной медицинской помощи не должны фокусироваться лишь на лечении зависимости, но должны также дополняться и психосоциальной помощью, направленной на интеграцию клиентов в общество без наркотиков. Специалисты, знающие мигрантов по своей ежедневной работе, а также имеющие возможность оценить их специальные интересы, способности и умения, должны поддержать клиентов в процессе заполнения внутренней пустоты, образовавшейся после отказа от потребления алкоголя и/или наркотиков. Услуги по оказанию профессиональной помощи должны состоять из ряда взаимосвязанных услуг по оказанию медицинской и психосоциальной помощи, включая также профилактическую и терапевтическую помощь.
6. Услуги по профилактике гепатита и по (раннему) оказанию профессиональной помощи, такие как информирование о заболевании или проведение диагностических тестов, должны быть низкопороговыми. Необходимо также проводить разведывательную работу непосредственно на местах встреч наркозависимых: на улице или в социальных организациях, например, в комнатах потребления, или в учреждениях помощи бездомным людям, где часто останавливаются мигранты из стран бывшего Советского Союза. Специалисты по оказанию медицинской и психосоциальной помощи не должны "ждать" своих клиентов в приёмных и консультационных кабинетах, а должны сами отправляться к ним. Таким образом, можно встретить мигрантов, потребляющих наркотики внутривенно или назально, которые ещё не обратились за медицинской или психосоциальной помощью, и которые не знают, есть ли у них гепатит.
7. Для удовлетворения высокой потребности мигрантов в медицинской и психосоциальной помощи рекомендуется улучшить взаимосвязь между различными учреждениями по оказанию медицинской и психосоциальной помощи, а также создать необходимые для этого структуры и условия для сотрудничества. Для своевременного реагирования на проблемную ситуацию целевой группы целесообразно установить крепкую взаимосвязь между

наркологической помощью и врачами из клиник заместительной терапии, а также между услугами, предоставляемыми ведомством по делам несовершеннолетних, ведомством по работе с мигрантами, службой социального консультирования, а также правовыми учреждениями. По возможности, мигрантам необходимо предлагать помощь, исходящую от конкретного лица, а также комплекс согласованных услуг. Правда, здесь существует большая опасность, что клиенты прервут процесс оказания помощи, разрываясь в своём выборе между различными услугами медицинской и психосоциальной помощи.

8. Для согласования всей оказываемой профессиональной помощи мигрантам в качестве методического подхода предлагается использовать Case-Management. Такой подход единичной ответственности должен привнести ясность по основным проблемам обратившихся за помощью мигрантов, включая их личностные, профессиональные и социальные ресурсы. Эта ответственность подразумевает, что клиенты во время всего процесса стабилизации, проходящего в различных учреждениях, всегда могут обратиться к своему постоянному доверенному лицу. Это доверенное лицо согласует и документирует весь процесс оказания помощи, а также принимает решение по дальнейшему лечению клиента. Кроме того, возможность многих мигрантов во время всего процесса получения медицинской и психосоциальной помощи обращаться к своему доверенному лицу полностью удовлетворяет их потребность в более тесном (рабочем) контакте с сотрудниками системы оказания профессиональной помощи.
9. Необходимо наладить координацию между услугами по оказанию амбулаторной и стационарной наркологической помощи, а также между различными секторами системы медицинской и психосоциальной помощи - наркологическая помощь, медицинское обеспечение, работа с мигрантами, социальная работа, работа с несовершеннолетними, юстиция, школа/система образования. Это должно помочь сократить сроки ожидания, например, на получение дальнейшей (стационарной) помощи. В процессе ожидания клиенты просто теряют "желание" продолжать лечение, в результате чего они отказываются от помощи.

Рекомендации по созданию условий оказания услуг профессиональной медицинской и психосоциальной помощи

1. Специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи, работающие в учреждениях и организациях, которые не специализируются на лечении наркомании, должны лучше изучить эту тему. Соответствующие исследования и отчеты указывают на то, что наркозависимые до принятия наркологической

помощи контактируют с многочисленными системами оказания помощи, как здравоохранение, социальная помощь, ведомство по делам несовершеннолетних, школа или органы юстиции (Görge, 2008; Schulte et al., 2008). Результаты наших интервью показывают, что сотрудники системы медицинской и психосоциальной помощи часто склонны либо драматизировать либо уменьшать опасность потребления наркотиков и/или алкоголя. Благодаря их работе, сотрудники одновременно располагают особыми возможностями своевременно мотивировать клиентов, чтобы они также и в дальнейшем обращались за помощью.

2. Для лучшей интеграции помощи в жизнь клиентов „зависимость“ в ее взаимосвязи с „миграцией“ должна стать предметом исследования неспециализированных социальных работников и педагогов, которые работают с наркозависимыми клиентами со статусом мигранта или без этого статуса. Благодаря дальнейшему обучению и повышению квалификации, сотрудники системы медицинской и психосоциальной помощи должны повышать свой интерес по теме „Миграция и зависимость“. Они должны научиться распознавать у мигрантов их представления о наркологических заболеваниях, их ожидания относительно лечения, а также социо-культурные особенности, препятствующие обращению за помощью. Всё это сотрудники должны хорошо учитывать при оказании помощи. Специалисты, оказывающие профессиональную помощь, должны опять же активно работать и находить доступ к тяжело доступным целевым группам, как мигранты из стран бывшего Советского Союза, которые по причине недостаточного осознания проблемы отказываются от помощи.
3. Во время оказания наркологической помощи сотрудники не должны противопоставлять помощь, направленную на абстиненцию, помощи, ориентированную на снижение вреда. Сотрудники должны принимать во внимание тот факт, что мигранты, интенсивно потребляющие алкоголь и/или наркотики, (из-за чувства стыда) не любят говорить о связанных с этой темой проблемах. Тем не менее, они страдают от своей зависимости и потребляют психотропные вещества большей частью не от того, что это доставляет им удовольствие. Часто мигранты хотят полностью прекратить свое потребление или хотя бы прекратить потребление основного наркотика. Они рассматривают помощь, направленную на снижение вреда, например, комната потребления или заместительная терапия, скорее как "план Б", к которому можно прибегнуть после "неудач" на консультациях или терапии. Специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи должны лучше информировать мигрантов о целях и возможностях (границах) различных услуг наркологической помощи в Германии. Мигрантам должно быть понятно, что

помощь, направленная на контроль связанных с наркотиками рисков, может быть шагом на пути к абстиненции.

4. Специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи должны приложить все усилия на дестигматизацию потребления нелегальных наркотиков, особенно в русскоговорящей группе, а также на устранение дискриминации наркозависимых. Среди опрошенных нами мигрантов из стран бывшего Советского Союза имеются, как и прежде, много респондентов, которые осуждают себя за своё внутривенное или назальное потребление наркотиков, а также за гепатит С как последствие своей зависимости, и не принимают поэтому никакой помощи.
5. Социальные работники и другие специалисты системы медицинской и психосоциальной помощи, которые профессионально работают с наркозависимыми клиентами с (потенциальным) заболеванием гепатита, должны повышать интерес к теме гепатита и знать, как передаётся болезнь и какие возможности по предотвращению и лечению гепатита существуют. Им необходимо также знать, что не только врачи ответственны за профилактику гепатита и лечение клиентов, т.к. их контакт с целевой группой зачастую устанавливается лишь после того, как проблемы, связанные со здоровьем, уже перешли в хроническую форму. Социальные работники, которые ежедневно и непосредственно работают с мигрантами, могли бы взять на себя функцию „проводника“ в системе медицинского обслуживания. Они могли бы пробудить у клиентов осознанный интерес к собственному здоровью, указать, например, на возможность прохождения теста на гепатит, или повлиять на то, чтобы клиенты, при необходимости, обращались за соответствующей помощью. Для того, чтобы специалисты были готовы к таким задачам, им необходимо предлагать регулярные курсы по повышению квалификации на соответствующие темы, например, гепатит, и создавать для них возможности по межотраслевому взаимодействию и обмену информацией. Результаты научных исследований по теме здравоохранения и практические методы должны быть включены в программу учебных курсов по повышению квалификации социальных работников и работников других профессиональных групп.
6. Особая задача в оказании медицинской и психосоциальной помощи данной целевой группе состоит в нахождении решений и в общественном обсуждении того, насколько незастрахованные в Германии мигранты могут пользоваться преимуществами консультирования и лечения зависимости и гепатита. Согласно результатам нашего исследования, клиенты до сих пор нуждаются в индивидуальном подходе. За пределами структур системы здравоохранения мигранты нередко становятся жертвами жуликов, предлагающих ненадёжное и сомнительное лечение наркологических заболеваний, а также гепатита С.

Список использованной литературы

- Bottlender, R., Hloucal, T. M., & Priebe, S. (2011). Gemeindepsychiatrische Versorgung von Migranten. In: W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 517-525). München: Urban & Fischer.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung BMG.
- Buggisch, P., Petersen, J., Urlea-Schön, I., Rossol, S., Möller, B., Heyne, R., ... Bilzer, M. (2012). High prevalence of chronic hepatitis C in 8009 patients with migration background living in Germany. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 50-K054.
- Eppenstein, T., & Kiesel, D. (2011). Interkulturelle Kompetenz als professionelle Herausforderung in der sozialen Arbeit. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S.527-535). München: Urban & Fischer.
- Görgen, W. (2008). „Integrierte Versorgung“ – Entwicklungsaufgabe der Suchthilfe. In Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt/M. (Hrsg.), *Suchthilfe im Verbund. Aufsuchen – Begleiten – Behandeln* (S. 66-77). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hoffmann, K. (2011). Interkulturelle Fragestellungen bei forensischen Behandlungen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S.499-507). München: Urban & Fischer.
- Isralowitz, R., Reznik, A., Spear, S. E., Brecht, M. L., & Rawson, R. A. (2007). Severity of heroin use in Israel: comparisons between native Israelis and former Soviet Union immigrants. *Addiction*, 102, 630-637.
- Mendelevich, V. (2010). Bioethical preferences of supporters and opponents of agonist opioid therapy in Russia. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 12, 33-38.
- Mendelevich, V. (2011). Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation. *Harm reduction journal [electronic resource]*, 8:15.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, R. S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., ..., Zeuzem, S. (2010). Prophylaxis, diagnosis and therapy of hepatitis C virus (HCV) infection: the German guidelines on the management of HCV infection. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 48, 289-351.
- Schulte, B., Stöver, H., Leicht, A., Schnackenberg, K., & Reimer, J. (2008). Prävention der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51, 1-9.
- Spicer, N., Bogdan, D., Brugha, R., Harmer, A., Murzalieva, G., & Semigina, T. (2011). 'It's risky to walk in the city with syringes': understanding access to HIV/AIDS services for injecting drug users in the former Soviet Union countries of Ukraine and Kyrgyzstan. *Globalization and health [electronic resource]*, 7:22.