

Гендерная компетентность и укрепление психического здоровья

Jane Fisher Gender competence and mental health promotion. *World Psychiatry* 2020;19 (1):1;34-35.

Широко известна концепция культурной компетентности, которая охватывает как личные установки и поведение, так и общие практические стратегии, реализуемые в сфере услуг с учетом культуральных особенностей. Эта концепция постулирует ценности культурного разнообразия при соблюдении равенства прав получения медицинской помощи и развитие навыков эффективной работы в условиях культурального плюрализма как отдельных специалистов, так и учреждений, и систем.

Гендерная компетентность при этом не так широко распространена. Эта концепция включает составляющие: способность распознавать дискриминационные установки и формы поведения по отношению к гендеру; знания о гендерной политике и инициативах, направленных на уравнивание возможностей и перспектив; стратегии противодействия гендерным стереотипам в научной, учебной и клинической практике. Гендерная компетентность в здравоохранении способствует равенству при получении медицинской помощи.

Стереотипы – это приписываемые группам лиц качества, основанные на устойчивых представлениях по вопросам пола, этнической принадлежности, национальности, сексуальной ориентации и т. д. Гендерные стереотипы – это фиксированные убеждения и представления о характере, способностях и поведении человека, якобы зависящих от пола, ограничивающие как права, так и привилегии. Гендерные стереотипы способствуют проявлениям неравенства при получении привилегий или реализации возможностей как в частной, так и в общественной жизни, существенно влияя на все сферы взаимоотношений между людьми. Будучи привычными и неосознаваемыми, зачастую ограничиваясь одним словом или фразой, гендерные стереотипы могут приносить большой вред, если на них строятся прогнозы, попытки понимания или оценки человеческого поведения¹.

По всему миру женщины страдают, выполняя неоплачиваемую работу по дому или уходу за детьми, и имеют несоизмерно больший опыт жестокого обращения в детстве или насилия со стороны полового партнера. Женщины лишены возможности получить образование, самостоятельно зарабатывать и распоряжаться своими финансами. Такое положение является фактором риска нарушений психического здоровья женщин на протяжении всей жизни².

Гендерные стереотипы касаются не только традиционных взглядов о роли женщины в быту, воспитании детей или получении дохода, нередко проявления гендерных стереотипов в клинической практике, научной работе или инициативной деятельности в сфере общественного здоровья.

Стоит заметить, что принципы регулирования рабочей нагрузки для профилактики переутомления разработаны для большинства профессий, в том числе реализуемых при нерегулярном графике или вахтовом методе работы. Речь идет о предписании работы в максимально безопасное время, обязательном дополнительном отдыхе после ночных смен с достаточным для восстановления сил интервалом сна между сменами. В то же время гендерные стереотипы препятствуют осуществлению требований безопасности на рабочем месте и профилактики переутомления в тех случаях, когда рабочее место – дом, а работа заключается в уходе за детьми.

В исследовании Smith и Ellwood³ с помощью электронного записывающего устройства оценили время, посвященное

уходу за ребенком, и время сна среди матерей трехмесячных младенцев. Среднее количество кормлений за неделю составило 49 раз при продолжительности каждого кормления около 75 минут, кроме того, зафиксировано порядка 70 других случаев ношения / держания на руках / укачивания ребенка, средней длительностью 18 минут каждый, что составило в общей сложности более 82 часов работы по уходу в неделю. Сон матерей на протяжении недели, как правило, состоял из 18 эпизодов, каждый из которых длился около 3 часов. Качество сна снижалось в случаях частого пробуждения и безутешного плача ребенка. Среди женщин, обратившихся в центры для несовершеннолетних родителей за помощью в воспитании беспокойных детей, в 80% наблюдений длительность сна составляла менее 6 из необходимых 24 часов отдыха за период предыдущей обработки недели, при том, что у 91% этих женщин состояние соответствовало клиническим критериям значительного переутомления⁴.

Обычно клиницисты при оценке уровня адаптации интересуются качеством трудовой деятельности, уточняя такие вопросы, как «Работаете ли вы?», «Давно ли вы прекратили трудовую деятельность?», «Планируете ли вернуться к профессии?», то есть, по сути, классифицируя женщин как работающих (подразумеваемая работа вне дома) и неработающих⁵. Такой подход вскрывает гендерные стереотипы, согласно которым забота о детях не является работой, не несет социальной ценности и является обязанностью женщины, которой помогают мужчины. Женщины инкорпорируют распространенные стереотипы в общих ответах: «я не работаю» или «я просто мать».

Глобальной проблемой остается насилие в отношении женщин и девочек, хотя распространенность этого явления разнится по странам. Можно сказать, что насильственные нарушения прав женщин начинаются еще до их рождения и сохраняются на протяжении всей жизни, проявляясь на уровне бытовых, институциональных и общественных условий. Речь идет об умерщвлении плодов женского пола, сексуальном надругательстве над девочками, изуверствах с женскими половыми органами, насильственным требовании приданого, сексуальных домогательствах и запугивании на работе, вовлечении в торговлю людьми, проституцию, насилию половых партнеров и многом другом. Особенно уязвимы женщины, принадлежащие к коренным народам, этническим или религиозным меньшинствам, занимающие низкое социально-экономическое положение, а также беженцы или вынужденные переселенцы⁶. Безусловно, последствия насилия или наблюдения насилия, особенно в семье, пагубны для психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения рассматривает гендерное насилие как основную причину психических расстройств среди женщин⁷.

На протяжении большей части XX века насилие в отношении женщин практически не привлекало внимания и не признавалось ни клиницистами, ни политиками. Первые эпидемиологические исследования психических расстройств у женщин в послеродовой период были опубликованы в 1960-х гг. Трудности в отношениях с половым партнером оказались более распространены среди женщин с проблемами психического здоровья, но этот факт рассматривался в рамках реактивной депрессии у женщин, испытывающих трудности в исполнении их биологической роли и

считающих своих мужей бесполезными и непривлекательными⁸.

Первый систематический обзор фактических данных о связи между насилием со стороны полового партнера и послеродовыми нарушениями психического здоровья опубликован в 2013 году. Насилие, пережитое во время беременности, было связано с почти пятикратным увеличением антенатальной (ОШ (отношение шансов) = 5, 95% ДИ (доверительный интервал): 4,04–6,17) и послеродовой (ОШ = 4,36, 95% ДИ: 2,93–6,48) депрессии⁹. Большинство государств, включая обеспеченные ресурсами страны с высоким уровнем дохода, не смогли представить данные для этого обзора, поскольку их попросту не было.

Несмотря на приведенные данные, лейтмотивом в современной литературе выступает мнение, что проблемы психического здоровья женщин вызваны биологическими причинами и оказывают неблагоприятное воздействие на их партнеров, детей и семьи. Альтернативная интерпретация, заключающаяся в том, что их проблемы с психическим здоровьем могут быть следствием воздействия окружающей среды, приводится редко⁵.

Гендер-ориентированный подход к укреплению психического здоровья требуют признания гендер-ассоциированных рисков. Этот подход базируется на признании пагубного влияния гендерных стереотипов с последующей выработкой стратегий разработки исследований, сбора и интерпретации данных с соблюдением норм формулировок врачебных рекомендаций для консультативной работы и развития инициатив в рамках укрепления здоровья.

Гендерная компетентность требует четкого и целенаправленного рассматривания прошлого опыта и нынешних трудностей в социальном и культурном контексте. Следовательно, гендерная компетентность направлена на осмысление и преодоление опыта дискриминации, межличностного насилия и обесценивания, а также на противодействие

внутренним предубеждениям о ролях, правах и обязанностях полов. Исследователи, клиницисты и специалисты общественного здравоохранения, поддерживающие эти стратегии и реализующие эти подходы, могут выступать мощной движущей силой изменений в социуме.

Jane Fisher

School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia (Австралия)

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

Спонсорскую поддержку автору оказывает стипендия Finkel Professional, финансируемая Finkel Foundation.

Библиография

1. Heesacker M, Wester SR, Vogel DL et al. *J Couns Psychol* 1999;46:483–95.
2. Fisher J, Herrman H, Cabral de Mello M et al. In: Patel V, editor; , Cohen A, editor; , Minas H, editor. (eds). *Global mental health: principles and practice*. New York: Oxford University Press, 2013:354–84.
3. Smith J, Ellwood M. Where does a mother's day go? Preliminary estimates from the Australian Time Use Survey of New Mothers. Canberra: Australian National University Australian Centre for Economic Research on Health, 2006.
4. Fisher JRW, Feekery CJ, Rowe–Murray HJ. *J Paediatr Child Health* 2002;38:140–5.
5. Fisher J, Rowe H, Wynter K et al. *BMJ Open* 2016;6:e009396.
6. Rees SJ, Fisher JR, Steel Z et al. *JAMA Netw Open* 2019;2:e193442.
7. Fisher J, Cabral de Mello M. In: Lindert J, editor. (ed). *Violence and mental health*. New York: Springer, 2015:133–52.
8. Pitt B. *Br J Psychiatry* 1968;114:1325–35.
9. Howard LM, Oram S, Galley H et al. *PLoS Med* 2013;10:e1001452.

DOI:10.1002/wps.20694

Взаимодействие с этническими меньшинствами при оказании психиатрической помощи

(Alegria M., Falgas-Bague I., Fong H. Engagement of ethnic minorities in mental health care. *World Psychiatry* 2020;19 (1);35-36.

Серьезная проблема общественного здравоохранения в форме неравенства при получении психиатрической помощи этническими меньшинствами представляется разрешимой и частично устранимой. Далее в статье мы изложим особенности взаимодействия врачей и пациентов (клиентов) в период клинической работы в случаях возникновения дискомфорта или признаков недоверия, когда врач и пациент относятся к разным социальным группам.

Предлагаемой руководством основано на принципах «пациент-ориентированного подхода» с целью усиления терапевтической инициативы и предотвращения преждевременного прекращения лечения. Надо признать, что рекомендации универсальны для работы со всеми клиентами, однако при оказании помощи представителям этнических меньшинств могут быть особенно полезны в силу того, что направлены на снижение влияния фактора социально-экономического неблагополучия и различий социальной идентичности между врачом и клиентом.

Многочисленные исследования показывают, что пациенты из этнических меньшинств с меньшей вероятностью начинают, продолжают или завершают лечение психических расстройств и синдромов зависимости, или придерживаются рекомендованных схем^{1,2}. Отстранение пациентов от

лечения может быть частично вызвано отсутствием подготовки клинициста, которая помогла бы преодолеть социальные барьеры, когда они чувствуют диссонанс с точки зрения воспринимаемого социального положения.

Социальное положение в этом контексте определяется как этническая, экономическая или политическая иерархия, которую клиенты и врачи систематически ощущают на основе объективных характеристик (например, возраста, пола, образования, дохода и рода занятий) и представлений о том, как другие оценивают, принимают их и/или считают с ними.

Ощущаемая разница в социальном положении между клиентом и клиницистом может усиливать предубеждения и предвзятость, снижать распознавание эмоций, когда клиницист не в состоянии понять точку зрения клиента.³ Поэтому наш первый навык, который надо обрести, заключается в использовании стратегий преодоления позиционных иерархий, связанных с присваиванием групповых характеристик, поспешными предположениями и безосновательным дисбалансом власти в отношениях, касающихся взаимодействия клиента и клинициста⁴.

Тактика совместного принятия решений во время клинического визита уравнивает власть и поощряет совместный