

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 рассмотрения 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

диалог между клиницистом и клиентом⁵, в который клиент привносит знания о своей болезни, а клиницист привносит знания о диагностике и лечении. Совместное принятие решений включает переговоры по общей повестке дня сессии («о чем нам было бы полезно поговорить?»), вовлечение клиента в принятие решений о лечении и обсуждение вариантов лечения и рекомендаций⁶.

Основной подход к достижению по-настоящему совместного принятия решений – это коучинг клиницистов, направленный на поощрение самооценки клиента, учет его точки зрения и помощь ему/ей в взвешивании плюсов и минусов его/ее возможностей. Динамика «клиницист–клиент» меняется от той, когда клиницист выступает в качестве «босса», к той, когда он в роли помощника или координатора. Мы призываем клиницистов использовать язык сотрудничества («мы», «нас», «давайте работать над этой проблемой вместе», «мы могли бы попробовать это») и избегать вербального доминирования (то есть когда клиницист или клиент произносит монолог, а не разделяет равный диалог), чтобы обозначить общую ответственность и власть в отношениях.

Обсуждая решения о лечении, интерпретируя поведение или события, клиницисты должны признать, что солипсическое представление своего мнения или трансляция «голых» медицинских фактов может ослаблять волю клиентов. Поэтому клиницисты должны выражать свои идеи достаточно сдержанно («может быть, другой способ мог бы...»; «я не знаю, прав ли я в этом, но есть возможность...»). Это позволяет клиентам принимать, отвергать или изменять идеи клинициста, а клиницисту быть восприимчивее к точке зрения клиента.

Второй навык – это способность сосредоточить цели лечения на том, что важно для клиента, основываясь на его/ее выражаемых заботах⁷ («как вы понимаете свою проблему?», «что эта проблема значит для вас?», «как ты думаешь, в чем причина этой проблемы?»). Оказывая помощь представителям этнических меньшинств, мы начинаем каждый сеанс с того, что спрашиваем клиентов, на чем они хотят сосредоточиться, чтобы содержание сеанса, включая упражнения и развитие качеств, было адаптировано к их насущным проблемам.

Использование фраз клиента при формулировании проблемы помогает как клиницисту, так и клиенту увидеть проблему глазами клиента. Например, когда клиент заявляет, что испытывает отвращение к самому себе при употреблении наркотиков, клиницист напоминает ему, что ранее он заявлял, что наркотики помогали ему чувствовать себя уверенно и стабильно, и обращает фокус внимания к тому, что употребление наркотиков – потенциально нездоровое средство совладания с трудными обстоятельствами.

В сфере охраны психического здоровья несовершеннолетних одной из ошибок, которая может помешать сосредоточиться на проблемах клиента, является работа, основанная на иерархии поколений с опорой только на мнение родителей о том, что они видят главной проблемой, без учета точки зрения ребенка. Врачи должны обращаться непосредственно к детям и спрашивать об их проблемах. Этот подход направлен на то, чтобы разделить общий взгляд на проблему, с упором на переживания клиента.

Третий навык клиницистов состоит в том, чтобы быть готовым объяснить клиентам, кто они такие, поделиться с клиентами частью своей социальной идентичности и попросить клиентов сделать то же самое. Например, во время клинического визита врач может поделиться тем, что ему нравится делать или о чем он мечтал, когда переезжал в США. В свою очередь, врач может задать клиенту вопросы, подчеркивающие важность социальной идентичности клиента («Вы хотите поговорить о ваших татуировках и о том, что они означают, как вы ранее упоминали?»).

Такой обмен опытом может способствовать изучению культурного, межличностного или социального мировоззрения клиентов и механизмов защитного поведения, что может пролить свет на то, как клиент понимает свои проблемы и какие решения приемлемы. Эти стратегии также могут помочь клиницистам избежать ошибок и построить доверие, основанное на совместном понимании того, что могут означать слова, поведение или действия клиента.

Мы признаем, что преграды при оказании психиатрической помощи представителям этнических меньшинств, для них и для лечащего их клинициста могут быть по своей природе как поведенческими, так и структурными. Для преодоления указанных барьеров подчас требуются значительные когнитивные усилия либо увеличение длительности терапии в условиях нехватки ресурсов, в которых обслуживаются представители этнических групп. Плодотворному взаимодействию препятствуют такие поведенческие барьеры как стигматизация, предвзятость, предрассудки и расовая/этническая дискриминация^{1,2,8}.

К структурным преградам конструктивного взаимодействия относятся языковой барьер, ограниченное количество приемов и низкое качество услуг^{1,2,8}. Кроме того, нужно учитывать индивидуальные факторы (например, социально-экономический статус, самооценку, медицинскую грамотность), организационные факторы (например, государственную политику) и социальные факторы (например, нормы, принятые в некоторых социумах и общинах), а также сочетание указанных факторов, и совокупность их влияния на оказание помощи⁹. Усилия по улучшению взаимодействия при оказании психиатрической помощи должны быть направлены на устранение как поведенческих, так и структурных барьеров.

Клиницисты могут применять эти рекомендации на практике, но для укрепления этих стратегий в психиатрических учреждениях необходимы системные изменения. Системные изменения подразумевают включение мероприятий по вовлечению в процесс обучения и лечения врачей, возможности гибких способов предоставления услуг (например, по телефону или в неклинических условиях) и интеграцию управления психиатрической помощью для решения социальных детерминант здоровья.

Привлечение клиентов из этнических меньшинств требует от клиницистов построения клинического визита на основании эгалитарного сотрудничества, которое бы удовлетворяло потребности клиентов, давало им возможность принимать решения и усиливало важность их мнения в процессе лечения.

Margarita Alegria¹, Irene Falgas-Bague¹, Hiu-fai Fong²

¹Disparities Research Unit, Harvard Medical School, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA (США)

²Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston MA, USA (США)

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

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

Библиография

1. Chartier K, Caetano R. Alcohol Res Health 2010;33:152-60.
2. Derr AS. Psychiatr Serv 2016;67:265-74.
3. Galinsky AD, Magee JC, Inesi ME et al. Psychol Sci 2006;17:1068-74.
4. Keltner D, Gruenfeld DH, Anderson C. Psychol Rev 2003;110:265-84.
5. Durand M-A, Carpenter L, Dolan H et al. PLoS One 2014;9:e94670.
6. Alegria M, Polo A, Gao S et al. Med Care 2008;46:247-56.
7. Thornton RLJ, Powe NR, Roter D et al. Patient Educ Couns 2011;85:e201-8.
8. Cabral RR, Smith TB. J Couns Psychol 2011;58:537-54.
9. Carman KL, Dardess P, Maurer M et al. Health Aff 2013;32:223-31.

DOI:10.1002/wps.20695