Обеспечение равноправия пациентов в кризисных службах психического здоровья

Goldman ML, Vinson SY. Centering equity in mental health crisis services. *World Psychiatry*. 2022;21(2):243-244. doi:10.1002/wps.20968

Обзор, проведенный *Johnson* и соавт.[1], описывает убедительную историю: доказательная база в основных областях, касающихся неотложных и кризисных служб психического здоровья, крайне слаба. В данной статье мы рассматриваем основные пробелы в этой области, которые относятся к исследованию существующего неравенства в доступе к кризисным услугам и различном качестве услуг, а также степень, в которой новые модели и вмешательства способны это равенство обеспечить.

В США призывы к адекватному финансированию не обеспеченных ресурсами отделений неотложной помощи, психиатрических больниц и пенитенциарных заведений уже давно[2] находятся на повестке дня после гибели при задержании полицией Д. Пруда, афроамериканца с тяжелым психическим расстройством. Организации по защите прав потребителей и движения за расовую справедливость, такие как *Black Lives Matter*, выступают за альтернативы полицейскому реагированию на действия людей в тяжелом психическом состоянии. Этот импульс получил дальнейшее развитие в связи с увеличением бремени психических заболеваний в условиях пандемия COVID-19. Кроме того, был введен долгожданный номер горячей линии 988 (трехзначный номер, специально предназначенный для оказания психиатрической помощи) в США[3].

Направление в службы психического здоровья часто выдвигается в качестве средства для решения проблем, возникающих на пересечении институтов охраны психического здоровья и уголовно-правовой системы[4]. Однако данные о том, что кризисные программы приводят к значимой переадресации пациентов и снижению неравенства, неоднозначны. В отличие от уголовно-правовой системы проявления расового неравенства и структурного вреда в системе охраны психического здоровья редко становятся вирусными и всеохватывающими. Но они, безусловно, существуют и хорошо задокументированы в отношении доступа, вовлечения, принудительной практики и получения услуг, имеющих доказанную эффективность.

Недавняя оценка работы команды совместного реагирования группой, состоящей из психиатра и полицейского, показала, что риск заключения в тюрьму снижался в краткосрочной, но не в долгосрочной перспективе; инициальные данные также показали, что частота заключений под стражу была значительно ниже среди получателей кризисных услуг, которые идентифицировали себя как чернокожие[6]. Кроме того, неопубликованные данные из Аризоны свидетельствуют о том, что пациенты *Medicaid*, которые получали помощь от мобильных кризисных команд и кризисных центров, с большей вероятностью попадали в тюрьму в течение 30 дней после окончания кризисного эпизода.

Для улучшения доказательной базы в отношении кризисных услуг как фактора, смягчающего неравенство в сфере психического здоровья, необходимо решить множество проблем. Серьезные недостатки в системе сбора и анализа социально-демографических данных затрудняют последовательное измерение исходного уровня или изменения неравенства в зависимости от расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, групп коренного населения (обычно называемых коренными американцами, или американскими индейцами, в США, но также это касается и других групп на международном уровне), иммиграционного статуса, социально-экономического положения, уровня образования, бездомности, инвалидности и языковых предпочтений.

Примечательно, что соответствующие социально-демографические иерархии различаются на региональном и международном уровнях, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, где другие факторы (например, каста или фамилия) могут проявляться в неравенстве в большей степени, чем расовый вопрос, на который часто обращают внимание в США. Хотя все эти социально-демографические факторы должны быть изучены на предмет неравенства, мы сосредоточились на расовом равенстве, понимая, что выводы, сделанные в этой области, помогут продвижению равенства в более широком смысле.

Одной из причин, почему не существует социально-демографических данных по этой проблеме, является отсутствие стимулов для сбора этой важной информации. Ни органы контроля качества, ни налогоплательщики (государственные или частные) не требуют регулярного измерения этих параметров. Хотя американские организации, такие как Национальный форум качества, разрабатывают методы корректировки риска, которые будут включать соответствующие данные о социально-экономическом статусе и других факторах, до широкого внедрения этих способов еще далеко.

Еще одной проблемой, связанной с оценкой справедливости помощи в службах кризисного вмешательства, является диагностическая переоценка, которая относится к оценкам, приводящим к различающимся в этнических подгруппах диагнозам, поставленным на основе неклинических факторов (например, гипердиагностика шизофрении у афроамериканских мужчин). Такие предубеждения на исходном уровне могут снизить достоверность обследования контрольных групп и исказить результаты. Этот вопрос вызывает особую озабоченность при оценке принудительных вмешательств, таких как недобровольная госпитализация и принудительное медикаментозное лечение, которые, как было показано, применяются расово несправедливым образом[7].

По мере внедрения кризисных программ во всем мире системные администраторы, лица, принимающие решения, и поставщики услуг должны взять на себя обязательство использовать оптику справедливости как при разработке, так и при оценке систем кризисного реагирования. Важнейшим первым шагом является привлечение сообществ непосредственно к разработке кризисных систем в рамках значимого, постоянного сотрудничества, с механизмами для измерения прогресса и обеспечения подотчетности.

Лидеры организаций должны взять на себя четкие обязательства сначала учесть существующее неравенство, а затем нести ответственность за его устранение. Соответствующие мероприятия включают тренинги, образование и проектную деятельность, связанные со структурным неравенством. Программы могут использовать такие ресурсы, как «Шкала оценки расового равенства» от Правительственного альянса по расе и равенству[8], а также «Инструмент самооценки для модификации против расизма» (*SMART*)[9]. Программы могут поддерживать инвестиции в кадровый потенциал в области психического здоровья путем