

Виктимизация людей с тяжелыми психическими заболеваниями – насущная проблема всемирного здоровья

Мой коллега говорит, что пришелец из космоса, который посетит США и посмотрит телевизор в течение нескольких часов, обязательно придет к выводу, что люди с тяжелыми психическими заболеваниями постоянно наталкиваются на острые насилия и массовых беспорядков. СМИ в США изображают этих людей таким образом, будто самый большой риск насилия исходит от них по отношению к окружающим, а насильственная виктимизация рассматривается как незначительная проблема. Для широкой публики и иногда даже многих клиницистов трудно понять, что это не так. Исследованиями вплоть до настоящего времени подробно задокументировано, что акты насилия, совершаемые людьми с тяжелыми психическими заболеваниями, случаются редко и совершаются малой группой лиц¹. На самом деле, если бы все психические заболевания были излечены в США к завтрашнему дню, уровень насилия снизился бы только на 4%, а 96% остались бы неизменными². И, напротив, насильственная виктимизация слишком распространенное явление среди лиц с тяжелыми психическими заболеваниями³.

Что подвергает этих людей высокому риску оказаться жертвой насилия или преступных действий? Такие жертвы вероятнее всего молоды, социально активны, и имеют более выраженную симптоматику, чем те, кто жертвами не оказывается⁴. Однако их обедненная социальная среда, опасные межличностные отношения и часто агрессивные неформальные сети скорее подвергнут их риску, чем их психопатологические симптомы. В ходе долгосрочного социологического исследования в четырех городах Англии наблюдались пациенты, недавно перенесшие психоз, в течение года. Было обнаружено, что по сравнению с общей популяцией они были в два раза более подвержены насильственной виктимизации (16%), вероятнее были бездомными, употребляли наркотические вещества, имели коморбидные расстройства личности и сами были жестокими⁵. Эти данные предполагают, что виктимизация и риск совершения насилия могут соответствовать привычному социальному пути окружения.

Когорта новорожденных в Новой Зеландии, обследуемая в течение 21 года, позволила обнаружить, что при сравнении с психически здоровыми людьми по социо-демографическим параметрам, риску насилия и коморбидным психиатрическим состояниям – люди с тревожными расстройствами больше страдали от сексуального насилия, люди с психотическими заболеваниями переносили более угрожающий и завершённый опыт насилия, люди злоупотребляющие алкоголем переносили завершённый физический опыт насилия, а те, кто употреблял марихуану – больше попыток нападения⁶. Систематический обзор 9 исследований,

сообщавших о преступной виктимизации людей с психическими заболеваниями, обнаружил большой разброс показателей риска виктимизации: от 2,3 до 140 раз больше, чем в общей популяции. Большая разница в показателях риска скорее всего стала причиной разных способов измерения виктимизации, различий в изучаемых популяциях и географических регионах⁷. Присоединение к виктимизации употребления наркотических веществ, бездомности, тяжелой психопатологии и вовлечения в преступную активность было обычной находкой во многих исследованиях. Другие факторы, которые повышали риск виктимизации, включали социальную и трудовую дезадаптацию, женский пол, недостаток ежедневной активности, и, перенесенные в детстве, сексуальное и физическое насилие.

Другой систематический обзор, включавший 34 исследования, так же обнаружил, что молодой возраст, коморбидное употребление наркотических веществ и собственное жестокое поведение являются риском виктимизации. Насильственная виктимизация имеет также долгосрочные неблагоприятные последствия на течение психического заболевания и в дальнейшем ухудшает качество жизни пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями и членов их семей⁸.

Исследования, посвященные виктимизации женщин, обнаружили определенное неблагоприятное влияние на уязвимых бездомных женщин с психическими заболеваниями⁹. Так же при исследовании, проводившемся в Великобритании, наблюдалось, что женщины с тяжелыми психическими заболеваниями чаще сообщали о психологических и социальных проблемах, следующих за виктимизацией, чем в общей популяции. Эти женщины испытывали четырехкратное повышение вероятности быть подверженными домашнему и сексуальному насилию, и десятикратное повышение вероятности проявления насилия по отношению к ним со стороны общества¹⁰.

Насилие по отношению к людям с тяжелыми психическими заболеваниями – это насущная проблема всемирного здоровья, подрывающая процесс выздоровления и социализации. Предубеждения популярных СМИ по поводу риска насилия таких уязвимых и бесправных лиц служит только усилению их дальнейшей изоляции от общества и, что хуже, сохраняет и поддерживает повторную виктимизацию.

Профилактика и избавление от виктимизации оптимально начинается с настойчивого вовлечения в систему охраны психического здоровья вместе с профилактикой и лечением наркотической зависимости. Но социальное окружение также играет огромную роль. К надежной связи с психиатрическими и наркологическими службами должны предлагаться жизнен-

но важные социальная и бытовая поддержки, насколько возможно наркотически не зависимая и не криминальная неформальная сеть сверстников, осмысленное вовлечение в профессиональную и досуговую деятельность, а также безопасные условия жизни.

Все это звучит крайне амбициозно, но лечение само по себе только уведет нас от пути к снижению уровня насилия в этой популяции.

Marvin S. Swartz, Sayanti Bhattacharya

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, NC, USA

Перевод: Карпова Александра Юрьевна (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Руженкова Виктория Викторовна (Белгород)

(*World Psychiatry* 2017;16(1): 26)

Библиография:

1. Walsh E, Fahy T. *BMJ* 2002;325:507-8. 26 *World Psychiatry* 16:1 - February 2017
2. Swanson JW, McGinty EE, Fazel S et al. *Ann Epidemiol* 2015;25:366-76.
3. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW et al. *Psychiatr Serv* 1999;50:62-8.
4. Lehman AF, Linn LS. *Am J Psychiatry* 1984;141:271-4.
5. Walsh E, Moran P, Scott C et al. *Br J Psychiatry* 2003;183:233-8.
6. Silver E, Arseneault L, Langley J et al. *Am J Public Health* 2005;95:2015-21.
7. Maniglio R. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:180-91.
8. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10: 1925-39.
9. Tsai AC, Weiser SD, Dilworth SE et al. *Am J Epidemiol* 2015;181:817-26.
10. Khalifeh H, Johnson S, Howard LM et al. *Br J Psychiatry* 2015;206:275-82.