

Долгосрочное влияние буллинг-виктимизации на психическое здоровье

Сегодня нет сомнений, что травля в детстве – это отрицательный опыт, отбрасывающий тень на психическое здоровье и благополучие детей и подростков. После нескольких десятилетий всеобщего скептицизма относительно истинного влияния буллинг-виктимизации, накопленные доказательства показали пагубное воздействие на психическое здоровье молодых людей и позволили обнаружить другие неблагоприятные последствия, включающие низкую самооценку, аутоагрессивное поведение и сниженную академическую успеваемость. Недавно новые исследования указали на возможный долгосрочный эффект травли, продолжающийся после детского и подросткового возраста. Влияние издевательств на молодых жертв может продолжаться еще долгое время после того, как травля прекратилась. Это заключение подразумевает радикальные изменения в профилактических и терапевтических стратегиях, которые обычно предназначаются осуществляющим травлю, в сторону большего внимания к жертвам издевательств с целью уменьшения бремени буллинг-виктимизации, как для частной жизни, так и для общественных издержек.

К настоящему времени в трех когортах долговременного наблюдения задокументированы последствия буллинг-виктимизации, испытанной в детстве, у взрослых людей: Epidemiologic Multicenter Child Psychiatric Study [Эпидемиологическое Мультицентровое Исследование Психического Здоровья Детей] в Финляндии, Great Smoky Mountains Study в США, и National Child Development Study [Национальное Исследование Развития Детей] в Великобритании. Исследования показали, что молодые жертвы травли имеют более высокую частоту заболеваемости агорафобией, депрессией, тревожными и паническими расстройствами и более высокий уровень суицидов в возрасте 20–25 лет по сравнению с теми, кто не подвергался травле в детстве^{1–3}. Дети-жертвы травли также подвержены большему риску лечения в психиатрических стационарах и использования психотропных препаратов будучи молодыми взрослыми⁴. В другом исследовании обнаружилось, что жертвы, перенесшие травлю в детстве, демонстрируют высокий уровень психологического дистресса в возрасте 23 лет, и, что наиболее важно, в возрасте 50 лет⁵. Взрослые, которых часто дразнили в детстве, чаще страдали менее выраженными психиатрическими расстройствами в среднем возрасте, включая депрессию, тревожное расстройство и суицидальное поведение. Эффекты были малы, но сравнимы с

эффектами других изучаемых в этом когортном исследовании неблагоприятных факторов, которым подвергались респонденты в детстве. Например, таким как помещение в учреждения социальной опеки или в приемную семью, или подвержение множественным неблагоприятным факторам вне семейной среды.

Эти результаты основаны на данных, полученных во время наблюдения, и поэтому не позволяют сделать выводы о причинах. Однако соответствие результатов в трех отдельных когортах весьма убедительно. Во всех трех когортах: а) использовались прогностические измерения буллинг-виктимизации в детстве и ее последствий во взрослом возрасте; б) контролировались проблемы психического здоровья в детстве, что позволяло судить о влиянии буллинг-виктимизации либо на появление новых, либо на добавление новых к имеющимся проблемам психического здоровья в более позднем возрасте; в) учитывался ряд возможных углубляющих факторов, включая уровень IQ в детстве, социо-экономический статус родителей и пол; d) высокая репрезентативность (население трех разных стран). Выводы этих исследований не могут быть не приняты во внимание.

Процесс развития буллинг-виктимизации в детстве в проблемы со здоровьем в более позднем возрасте до сих пор не до конца понятен. Чтобы определить цели профилактических программ по снижению пагубного влияния травли в детстве, нам необходимо более четкое понимание этих процессов. Один из таких возможных процессов перекикиается с теорией биологического встраивания стресса. Изучение монозиготных близнецов дискордантных по опыту травли показало, что буллинг-виктимизация в детстве связана с ослабленной реакцией на выработку кортизола⁶, что в свою очередь связано с проблемами социального взаимодействия и агрессивного поведения⁷. Дальнейшие исследования показали, что близнецы, подвергавшиеся травле, имели более высокий уровень метилирования гена транспортера серотонина по сравнению с близнецами, не подвергавшимися травле⁸. Более высокие уровни метилирования были связаны со сниженным уровнем ответа на выработку кортизола. Подобные факторы могут сыграть роль связующего звена между буллинг-виктимизацией в детстве и более поздней уязвимости к стрессу и различным психопатологиям.

Другие исследования определили, что жертвы травли также испытывали трудности в установлении социальных связей, имели проблемы с физическим здоровьем

и финансовые проблемы во взрослом возрасте⁵. Благодаря этому можно предположить, что другие процессы могли протекать с неблагоприятным влиянием травли на успешное создание социального капитала, выражающееся в том, что детям приходилось преодолевать социальное отторжение и строить успешную и удовлетворяющую их жизнь. Другой процесс относится к тому, что слабое здоровье – результат симптомов, развивавшихся во время травли. Например, проблемы психического здоровья, такие как депрессия и тревожные расстройства, скорее станут хроническими, особенно если их манифестация произошла на ранних сроках жизни. Симптомы психологического стресса или маркеры физических болезней, которые появляются в детстве и не подвергаются лечению, могут стать предшественниками слабого здоровья на протяжении всей жизни, как психического, так и физического. Возможность поли- и ре-виктимизации также должна учитываться, т.к. травля в детстве может стать причиной дальнейшего плохого обращения сверстников и взрослых с жертвой, формируя первый цикл виктимизации, которая продолжается в дальнейшем времени и других ситуациях⁹.

Хотя эти процессы описываются отдельно, они, скорее всего, происходят одновременно и содружественно, оказывая влияние на неблагоприятные последствия. Мультидисциплинарное исследование на разных уровнях от биологического встраивания стресса до поливиктимизации и генетических факторов будет необходимо для понимания подоплеку проблем здоровья среди жертв травли. Воспроизведение моделей на животных могут дать полезную информацию, потому что они позволяют лучше контролировать опыт травли и исследовать биологические механизмы более глубоко. Например, эксперимент на мышах продемонстрировал роль нейротрофического фактора головного мозга в функционировании мезолимбических дофаминовых путей, чтобы объяснить социальное отторжение среди мышей, подвергавшихся повторяющейся агрессии¹⁰.

Борьба с издевательским поведением может не только уменьшить проявления психических проблем у детей и подростков, но также предотвращать психиатрические и социо-экономические сложности во взрослом возрасте. Анти-буллинг-программы показывают себя весьма перспективно в контроле издеватель-

ского поведения¹¹. Однако шансы полностью избавиться от травли минимальны, и мы должны признать, что несмотря на эти программы, значительная доля молодых людей не избежит этого вида насилия. Вмешательства должны быть нацелены на уменьшение дистресса среди молодых жертв и таким образом одновременно на профилактику долгосрочного влияния на дальнейшую взрослую жизнь. Новая стратегия могла бы в первую очередь быть направлена на предотвращение становления детей жертвами травли. Так, подход со стороны общественного здоровья мог бы быть более эффективен в уменьшении буллинг-ассоциированного бремени.

Louise Arseneault

MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Карпова А. Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Руженкова В. В. (Белгород)

(*World Psychiatry* 2017;16(1):27-28)

Библиография

1. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:254-61.
2. Sourander A, Jensen P, Rønning JA et al. *Pediatrics* 2007;120:397-404.
3. Copeland WE, Wolke D, Angold A et al. *JAMA Psychiatry* 2013;70:419-26.
4. Sourander A, Roenning J, Brunstein-Klomek A et al. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1005-12.
5. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. *Am J Psychiatry* 2014;171: 777-84.
6. Ouellet-Morin I, Danese A, Bowes L et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:574-82.
7. Ouellet-Morin I, Odgers C, Danese A et al. *Biol Psychiatry* 2011;70:1016-23.
8. Ouellet-Morin I, Wong CCY, Danese A et al. *Psychol Med* 2013;43:1813-23.
9. Fisher HL, Caspi A, Moffitt TE et al. *Dev Psychopathol* 2015;27:1399-416.
10. Berton O, McClung CA, DiLeone RJ et al. *Science* 2006;311:864-8.
11. Williford A, Boulton A, Noland B et al. *J Abnorm Child Psychol* 2012;40: 289-300.