

# Психическое здоровье детей в зонах военных действий: риски и перспективы защиты

Вооруженные конфликты оказывают губительное воздействие на психическое здоровье страдающей от них популяции. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и депрессия являются наиболее распространенными психическими расстройствами по прошествии войны как у взрослых, так и у детей, возникая приблизительно у трети людей, претерпевших психотравматический опыт войны<sup>1</sup>. Воздействие травматических событий – наиболее важный фактор риска в данном контексте. Но, в частности, для детей неблагоприятные факторы военной травмы не ограничены специфическими психическими диагнозами, а включают обширный и многогранный набор исходов развития, которые негативно влияют на семейные отношения и отношения со сверстниками, а также на школьную успеваемость и общую удовлетворенность жизнью.

Для понимания развития детей в военной и послевоенной среде нам нужно обратиться к социоэкологической концепции<sup>2</sup>, которая учитывает не только прямые последствия войны для ребенка, но и изменения в ближайшем и далеком окружении, включая семью и общество<sup>3</sup>. Современные войны почти исключительно влияют на страны с низким доходом и обычно связаны с множеством факторов риска для различных экологических уровней, например крайней нищеты, недостатка средств для здравоохранения, несостоятельность системы образования, а также повышенная частота насилия в семье и обществе. Дети в особенности чувствительны к такому скоплению стрессовых факторов: в действительности, имеются значимые свидетельства о дозозависимом отношении между количеством стрессовых факторов, воздействующих на детей, и их адапционных нарушений в разных сферах, таких как психическое и физическое благополучие, академическая успеваемость и социальные отношения<sup>4</sup>.

Семейное функционирование, возможно, играет ключевую роль во взаимодействии факторов риска и факторов защиты на экологических уровнях. Война ассоциирована как с подъемом уровня семейного насилия над детьми<sup>5</sup>, так и с повышенным уровнем сексуального насилия над женщинами<sup>6</sup>. В добавление, насилие, связанное как с войной, так и с семейными конфликтами, влияет на детскую психопатологию независимо. Сюда входят ПТСР, депрессивные симптомы, а также интернализированные и экстернализованные поведенческие проблемы<sup>4</sup>.

Ключевым является вопрос, относящийся к механизмам, отвечающим за этот «цикл насилия» по прошествии войны. Каким образом воздействие вооруженного конфликта и повышенная частота грубого обращения с детьми взаимосвязаны? Пока исследования сосредоточились, в основном, на эффектах преемственности поколений – родительская травма и психопатология как возможные связующие звенья. Свидетельства говорят, что воздействие организованного насилия и психопатологии, связанных с этим опытом, могут действовать как катализатор для домашнего насилия и грубого отношения к детям. В частности, такие симптомы ПТСР, как раздражительность, всплески агрессии и высокий уровень потребления алкоголя у родителей, могут приводить к повышенному уровню детского насилия. Наряду с данной гипотезой, исследования в послевоенных Шри-Ланке и Уганде показали, что, наряду с личным опытом родителей насилия над ними, сообщения детей о грубом обращении были связаны с воздействием войны и симптомами ПТСР, а также с потреблением алкоголя служившими отцами<sup>7</sup>.

Исследователи, тем временем, не обратили внимание на дальнейшие процессы, из-за которых травма может обуславливать повышение уровня семейного насилия. Возможно, прямое воздействие войны на ребенка и соответствующая психопатология повышают риск испытать домашнее насилие. Дети, выросшие в разгар войны, имеют больший риск развития поведенческих проблем, связанных с их травматизацией, например раздражительность, вспышки злости, интернализированные и экстернализованные симптомы. Их психические проблемы обычно сопровождаются функциональными нарушениями, снижающими их способность хорошо учиться в школе, выполнять обязанности по дому и строить социальные взаимоотношения. Все эти трудности делают психотравмированных войной детей весьма трудными в воспитании для родителей, которые, в свою очередь, могут применять более жесткие и принудительные воспитательные стратегии. Согласно этой гипотезе, последнее исследование тамильских семей в послевоенной Шри-Ланке обнаружило, что воздействие на детей массивной травмы и детская психопатология были главными предикторами сообщения детьми о насилии в их семьях, даже после учета родительской травмы и психического здоровья<sup>5</sup>.

Точка зрения, что стрессовые факторы из различных экологических контекстов взаимодействуют между собой, поддерживается данными предыдущих лонгитудных исследований на детях, с которыми грубо обращались. Эти данные показали, что детское экстернализованное поведение однозначно прогнозировало воздействие насилия в обществе в дальнейшем<sup>8</sup>. Также они имеют важное применение в будущих исследованиях с детьми, подвергшимися воздействию войны, и их семьями. Вместо сосредоточения внимания на проблемах психического здоровья, как естественном исходе военной психотравмы у детей, они должны быть рассмотрены как возможный фактор риска для переживания последующих неблагоприятных событий на разных экологических уровнях, таких как семья.

Применение концепции риска и протекции для исследования детского психического здоровья в послевоенном контексте требует рассмотрения потенциально протективных факторов, которые, опять же, могут быть обнаружены на разных экологических уровнях. Семья, в частности, может не только действовать как стрессовый фактор в случае семейного насилия, но и благоприятствовать детской устойчивости по отношению к психотравмирующим ситуациям благодаря теплоте и заботе. Имеются некоторые свидетельства, что такая позиция верна и в популяциях, пострадавших от войны. Sriskandarajah и соавт.<sup>9</sup> показали, что, в контексте множественной психотравмы, причиненной войной или стихийными бедствиями, родительская забота опосредует отношение между тяжестью детской травмы и их интернализированных проблем поведения. Дети, которые сообщали о высокой заботе со стороны родителей, не продемонстрировали значительного возрастания в интернализированных проблемах, связанных с воздействием массивной травмы. Подобным образом, данные по семьям из послевоенной Уганды выявили, что эффект психотравмы в этой стране был частично опосредован недостатком получения заботы детьми служивших матерей<sup>10</sup>.

Мы можем заключить, что дети и семьи, живущие в зоне военных действий или покинувшие ее, имеют большую вероятность испытать психические проблемы. Это потому,

что им приходится бороться с накоплением факторов риска на различных социоэкологических уровнях. Родительское воспитание, скорее всего, играет ключевую роль для психологического благополучия детей в контексте войны как в качестве фактора риска, так и в качестве протективного фактора. Следовательно, адекватные программы по охране здоровья людей, получивших психотравму из-за войны, требуют и индивидуального, и семейного уровня подхода. Последний из двух определил бы и воздействовал на возможные проблемы между родителями в той же мере, как и на детско-родительские отношения. Это, возможно, прервет порочный круг военной травмы, психопатологий и дисфункциональной динамики семей, включая грубое обращение с женщинами и детьми.

**Claudia Catani**

Department of Psychology, Bielefeld University, Bielefeld, Germany

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)  
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)  
(World Psychiatry 2018;17(1):104-105)

#### Библиография

1. Steel Z, Chey T, Silove D et al. JAMA 2009;302:537-49.
2. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
3. Reed RV, Fazel M, Jones L et al. Lancet 2017;379:250-65.
4. Catani C, Gewirtz AH, Wieling E et al. Child Dev 2010;81:1176-91.
5. Sriskandarajah V, Neuner F, Catani C. Soc Sci Med 2015;146:257-65.
6. Clark CJ, Everson-Rose SA, Suglia SF et al. Lancet 2017;375:310-6.
7. Saile R, Ertl V, Neuner F et al. Child Abuse Negl 2014;38:135-46.
8. Lynch M, Cicchetti D. Dev Psychopathol 1998;10:235-57.
9. Sriskandarajah V, Neuner F, Catani C. BMC Psychiatry 2015;15:203.
10. Saile R, Ertl V, Neuner F et al. Dev Psychopathol 2016;28:607-20.

DOI:10.1002/wps.20496

## Хикикомори: японский опыт и международная актуальность

Появление в Японии людей (в частности, молодых людей), переставших ходить в школу или на работу и проводящих большую часть времени изолировавшись у себя дома в течение нескольких месяцев или лет, стал рассматриваться как растущий социальный феномен к 90-м годам прошлого века и получил название *Shakaiteki hikikomori* (социальная изоляция)<sup>1</sup>.

Национальное исследование, опубликованное в 2010 году, сообщило, что распространенность хикикомори составляла приблизительно 1,2% в японской популяции<sup>2</sup>, а в 2016 году японский кабинет министров сообщил, что приблизительное число людей в возрасте 15–39 лет с хикикомори достигает 541 тыс. человек.

Ранее эпидемиологические исследования были ограничены тем, что не было строгих диагностических критериев этого состояния. В 2010 году Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии опубликовало руководство по хикикомори, которое включило в себя определение («состояние, при котором лицо без психоза изолирует себя дома более шести месяцев и не участвует в жизни общества, например не посещает школу и/или работу») <sup>3</sup>. Совсем недавно, не только с диагностической целью, но и для оценки тяжести состояния, мы предложили даже более четкие диагностические критерии, основанные на уровне физической изоляции дома, избегания социального взаимодействия и функциональных нарушений или дистресса, а также непрерывная длительность такого состояния в течение 6 мес и дольше<sup>4</sup>.

Японский социокультурный фон традиционно основан на «амаэ» (принятие зависимого поведения) и стыде, которые могут лежать в основе культурного синдрома, называемогося *Taijin Kyofusho* (тяжелая форма социофобии), и хикикомори<sup>5,6</sup>. Детско-родительские отношения в Японии долгое время рассматривались как менее эдипальные, чем в западном обществе, и характеризуются отсутствующим отцом и чрезвычайно длительными и тесными отношениями с матерью, что может привести к трудностям в становлении независимости<sup>7</sup>. Особенно характерно для хикикомори то, что развитие основных межличностных навыков в течение ранних этапов жизни кажется недостаточным, что может повлечь уязвимость к стрессу в дальнейшем окружении, в школе или на работе и привести к стремлению уйти от ситуаций, требующих социального взаимодействия<sup>7</sup>.

С другой стороны, недавно сообщалось о случаях, похожих на хикикомори, в других странах в отличающихся

социокультурных и экономических ситуациях, например в Гонконге, Омане, Испании, а наши исследования, основанные на структурированных интервью, отметили существование хикикомори в Индии, Южной Корее и США<sup>4</sup>. Таким образом, хикикомори преодолел преграды культурных явлений и стал более частым явлением по всему миру. Ведущим способствующим фактором может быть эволюция способов коммуникации от прямых до более непрямых и изолирующих<sup>8</sup>. Это особенно касается социальных взаимодействий, которые пока еще требуют личного контакта в общем физическом пространстве, но теперь могут происходить, как минимум частично, в виртуальном мире.

Посредством нашего последнего исследования с использованием структурированного клинического интервью для DSM-IV расстройств I оси (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders), мы обнаружили, что хикикомори может быть коморбидным с различными психиатрическими расстройствами, включая избегающее расстройство личности, социальное тревожное расстройство и большое депрессивное расстройство<sup>1</sup>. В добавление, расстройства аутистического спектра и латентные или продромальные состояния шизофрении могут иметь перекрывающуюся с хикикомори симптоматику. Таким образом, сейчас существует понимание, что хикикомори имеет связь с несколькими психическими расстройствами, и мы предполагаем, что может существовать несколько общих психопатологических механизмов «перекрывания», независимо от психиатрического диагноза.

На текущий момент имеется более пятидесяти государственных центров социальной поддержки для пациентов с хикикомори, находящихся в префектурах Японии и предлагающих услуги, такие как телефонные консультации для членов семей, создание «пространств для проведения встреч» для страдающих людей и помощь в поиске работы. В добавление, различные частные институты предлагают лечение для людей, страдающих хикикомори. Но все еще отсутствуют унифицированные доказательные методики для этих общественных/частных мероприятий. Государственные руководства рекомендуют 4-ступенчатое лечение хикикомори, включающее поддержку семей и первый контакт с лицом и его/ее оценку; индивидуальную поддержку; обучение путем промежуточно-переходных групповых ситуаций (на подобие групповой терапии); испытание социальным взаимодействием<sup>3</sup>.

Ранее мы образовали подразделение клинического исследования хикикомори в университетской клинике совместно