

УДК 159.9 + 616.89

Я. С. Лякина

*Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 1, Новосибирск, 630090, Россия*

lyakina@fp.nsu.ru

ФЕНОМЕН ХИКИКОМОРИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Цель. Феномен хикикомори, впервые описанный в Японии как форма острой и / или тяжелой самоизоляции молодежи, в настоящее время рассматривается как международная растущая социально-психологическая проблема, появляется все больше описаний случаев подобного поведения среди молодежи в разных странах. Цель этой статьи – обобщение результатов исследований, проведенных в Японии и в других странах, для обеспечения большего понимания феномена хикикомори.

Метод. В этом обзоре изучалась существующая имеющаяся научная информация о феномене хикикомори в академических базах данных (Scopus, ScienceDirect, Web of Science и PubMed).

Результаты. После проведенного анализа исследований мы обобщили информацию по следующим категориям: 1) определения понятия хикикомори; 2) хикикомори и психические заболевания; 3) теории развития; 4) факторы, связанные с социальной изоляцией молодежи; 5) интервенции для социально изолировавшихся молодых людей. Соответственно, существуют разнообразные и противоречивые определения феномена социальной изоляции молодежи. Исследования основаны на моделях, которые приводят к совершенно различным выводам. Исследователи, рассматривающие социальную изоляцию молодежи с точки зрения теории привязанности, видят данный феномен как негативное явление, тогда как те, кто принимает теорию стадий психосоциального развития, относятся к нему более позитивно как к процессу поиска самопознания в период «психосоциального моратория». В настоящее время разработаны различные методы помощи для социально изолировавшихся молодых людей, в основном в Японии, но практически не существует научных исследований оценки их эффективности.

Вывод. Анализ показал гетерогенность феномена хикикомори, выделяются разные подгруппы социально изолировавшейся молодежи. Исследователи предлагают рассматривать феномен хикикомори как результат взаимодействия между психоло-

Лякина Я. С. Феномен хикикомори: обзор исследований // Reflexio. 2018. Т. 11, № 1. С. 99–153.

гическими, семейными, социокультурными, поведенческими и биологическими факторами. Отмечается, что будущая валидация этого подхода поможет продвинуться вперед в развитии теории социальной изоляции молодежи как новой проблемы в развитых странах и эффективных научно обоснованных методов помощи.

Ключевые слова: хикикомори, социальная изоляция молодежи, теория привязанности, теория стадий психосоциального развития, контекстно-зависимый подход к исследованию психических расстройств.

В Японии появление молодых людей, которые прекратили ходить на учебу или работу и большую часть времени проводили в своих домах в течение нескольких месяцев или лет, стало рассматриваться как растущий социальный феномен, называемый *shakaiteki hikikomori* (острый и / или тяжелый социальный уход, социальная изоляция) к концу 1990-х гг. [Saito, 2013].

По данным эпидемиологического обзора Кабинета министров Японии, опубликованного в 2010 г., предполагаемое число лиц с хикикомори среди японского населения в возрасте от 15 до 39 лет составляет 1,79 % (около 696 000 чел.). Кроме того, была определена группа аффинности (предположительная группа риска), состоящая из лиц, которые сочувствуют или понимают хикикомори, и тех, кто думает, что они могут захотеть изолироваться, оцененная в 1,656 млн чел. по всей стране. Согласно результатам аналогичного исследования, опубликованного в сентябре 2016 г., численность хикикомори оценивается в 1,57 % (около 541 000 чел.), а группа аффинности в 1,5 млн чел. При этом исследователи предполагают, что последние данные недооценивают распространенность этого явления [Kato et al., 2017; Tajan et al., 2017]. Поскольку согласно обзору 2010 г. 23,7 % лиц, принадлежащих к категории хикикомори, составляли возрастную категорию от 35 до 39 лет, в 2015 г. эта группа была старше 39 лет и не была включена в исследование 2016 г. Также отмечается удлинение периода изоляции в течение последних шести лет: в 2016 г. 34,7 % опрошенных ответили, что находились в состоянии хикикомори более 7 лет, тогда как в 2010 г. – только 16,7 %. Старение этого населения является большой социальной проблемой в современном японском обществе, так как приобретение автономии, важный вопрос с точки зрения молодежной политики Японии, а учитывая увеличение периода изоляции, существуют опасения трудностей социальной адаптации этих людей в будущем, что нашло отражение в выражении «проблема 8050» (80-летние родители, 50-летние хикикомори) ¹.

¹ *Tajan N.* <https://ntajan.com/2018/03/08/8050-aging-hikikomori-mentalhealth-ueyama-kzk>

Изначально хикикомори рассматривался как особый японский феномен который предположительно был сформирован уникальным японским культурным прошлым и социокультурными изменениями в Японии [Hirota, 2014]. Однако все большее число сообщений об этом или подобных явлениях поступает из других стран. Случаи хикикомори были встречены за пределами Японии: в Южной Корее [Lee et al., 2013], Китае [Wong et al., 2014; Wong et al., 2017], Австралии [Kim et al., 2008], Соединенных Штатах [Teo et al., 2014], Бразилии [Gondim et al., 2017], Испании [Malagón-Amor et al., 2015; 2018], Италии [Sagliocco et al., 2011], Омане [Sakamoto et al., 2005] и Франции [Chauliac et al., 2017]. Помимо отчетов о случаях, опросы широкой группы психиатров из разных стран, таких как Австралия, Бангладеш, Иран, Индия, Тайвань, Таиланд и др., показывают, что эпизоды хикикомори встречаются во всех исследованных странах, особенно в городских районах [Kato et al., 2012].

В 2017 г. состоялся первый симпозиум, посвященный проблеме социальной изоляции молодежи «Хикикомори – скрытая молодежь»², с участием более 100 молодых специалистов в области психиатрической помощи, в том числе ведущих исследователей. «Скрытая молодежь» – это развивающийся синдром, влияющий на подростков и молодых людей, которые демонстрируют особенности социального ухода, изоляции, депрессии, социальной тревоги с психосоциальными нарушениями и зависимости от интернет-игр, который, по оценкам исследователей, затронет 1,6 % молодежи во всем мире, особенно в Азии в таких странах, как Япония, Гонконг, Корея и Сингапур. В качестве факторов, способствующих распространенности данного феномена по всему миру, рассматриваются современные международные социокультурные изменения: модернизация, глобализация, интернет-коммуникации (коммуникативная революция), видео и онлайн-игры (игровая революция) [Hirota, 2014].

В России на настоящий момент эта проблема остается малоизученной, однако на уровне описания отдельных случаев из практики встречаются близкие состояния, наблюдаемые среди молодых людей. В социальной сети «ВКонтакте» можно найти десятки групп, посвященных жизни хикикомори, количество подписчиков у самого популярного паблика более 600 000 чел. Как правило, записи в таких груп-

² *Hikikomori – Hidden Youth Syndrome Symposium 2017 – Department of Psychological Medicine.* URL: <http://nusmedicine.nus.edu.sg/pcm/2017/11/24/hikikomori-hidden-youth-syndrome-symposium-2017>

пах посвящены японской культуре, чаще всего это картинки из аниме и манги, музыка и кино; кроме того, иногда пользователи делятся своими личными историями. Как отмечают молодые люди, в период таких состояний они испытывают сниженное настроение, повышенную утомляемость, апатию, практически не выходят из дома и большую часть времени проводят за компьютером: смотрят фильмы, сериалы (в том числе аниме и / или читают мангу), видеоролики, видеоблоги на Youtube, играют в компьютерные и видео игры или смотрят летсплеи, слушают музыку. Можно предположить, что подобные состояния имеют сходство с описываемым в Японии феноменом хикикомори. Предположительно, участники подобных интернет-сообществ могут составлять группу аффиности, а также включать лиц с подобным опытом.

Некоторые исследователи [Li et al., 2015] утверждают, что существует потенциальная угроза того, что если это явление останется непризнанным и недооцененным в неазиатских культурах на раннем этапе его эволюции, другие страны со средним и высоким уровнем доходов могут столкнуться с теми же проблемами в будущем, с которыми Япония сталкивается в настоящее время. Поэтому обзор проведенных исследований и обобщение основных результатов необходимы для обеспечения большего понимания феномена социальной изоляции молодежи, разработки научно обоснованных методов профилактики и помощи.

Данный обзор основан на зарубежных систематических обзорных исследованиях [Teo, 2010; Li, Wong, 2015; Tajan, 2015], дополненных рассмотрением результатов недавних публикаций, в том числе качественных исследований причин социальной изоляции и реинтеграции [Li, Wong, 2017], связи уровня социальной изоляции с девиантным поведением [Chan, Lo, 2016], первых исследований биомаркеров [Hayakawa et al., 2018], кросс-культурных исследований хикикомори [Furuhashi et al., 2013; Teo et al., 2014; Teo, Kato, 2015] и оценки эффективности терапии [Malagón-Amora, 2018]. Идентификация статей была проведена в апреле 2017 года путем поиска в онлайн-базах академических баз данных (Scopus, ScienceDirect, Web of Science и PubMed).

Историческая справка о понятии «хикикомори»

Социальная изоляция как социальная проблема в Японии возникла во второй половине 70-х гг. Среди терминов, непосредственно свя-

занных с «хикикомори», выделяются «невроз отступления» («retreat neurosis») и «студенческая апатия» («student apathy»), описанные в 1978 г. Касахарой [Kasahara, 1978; 1984]. Студенческая апатия – это явление, затрагивающее мужчин, которые отстают от выполнения академических задач, занимаясь другими видами деятельности, например, такими как волонтерская работа, спорт или временная работа на условиях неполного рабочего дня. Апатические студенты избегают конкуренции и боятся потерпеть неудачу, несмотря на хорошие способности, а иногда у них присутствует обсессивно-компульсивное расстройство с конфликтом идентичности [Uchida, 2010]. При этом отмечается состояние безразличия, инертности, не эмоциональности, осознание, что нет объективной и перспективной цели жить, при отсутствии беспокойства обо всем этом. По мнению некоторых исследователей, эти признаки, которые, несомненно, были связаны с социальным контекстом времени (движениями студентов против правительства и против японо-американского мирного договора), являются предварительными симптомами хикикомори. Ямада заметил, что апатия студентов усугубляется не только выходом из основной деятельности, но и уходом из общественной жизни в целом, и что есть ученики, которые остались закрытыми в своем доме или пансионе. Инамура выделяет в студенческой апатии три стадии: «легкую», «умеренно тяжелую» и «тяжелую». Описание случаев «умеренно тяжелой» и «тяжелой» стадий точно соответствует признакам хикикомори [Furuhashi et al., 2013].

В период с 1970 по 1990 г. в Японии обострилась проблема школьного абсентеизма (уклонения, непосещения), при которой трудности с посещением школы настолько усугубляются, что ребенок почти отсутствует в школе. Как только ребенок планирует идти в школу, у него появляются эмоциональные расстройства (чрезмерная фобия, чрезмерный гнев, беспокойство, неорганические физические недомогания и т. д.), поэтому он остается дома с согласия родителей, при этом не совершает каких-либо антиобщественных действий (таких, как кража, ложь, бродяжничество, повреждение имущества). Согласно обзору 1992 г., число учеников, пропустивших более 30 дней в году, составило 14 000 (около 0,2 %) в начальных школах и 58 000 (около 1,2 %) в колледжах. Среди терминов, обозначающих эту проблему, выделялись: школьная фобия, синдром отказа от школы (school refusal syndrome) [Lock, 1986], tojikomori (toji ← tojiru = закрыть-

ся / затвориться / замнуться, komoḡi ← komoḡu = войти внутрь) [Furuhashi et al., 2013].

Первое эссе, содержащее термин «хикикомори» в названии, было опубликовано в 1985 г. клиническим психологом Ф. Томитой (hiki ← hiku = отступать (двигаться назад), komoḡi ← komoḡu = войти внутрь), он использовал этот термин для описания будущего некоторых учеников, которые отказались ходить в школу. Томита [Tomita, 1992] начал давать советы об отказе ходить в школу примерно в 1980 г. и в начале он был удивлен большим количеством родителей, которые пришли за советом для своего ребенка, которому было более 20 лет. Томита, таким образом, обнаружил людей, которые не имели места в общественной жизни, не имели большого контакта с другими людьми и поэтому оставались неизбежно одинокими. Через те диалоги, которые он имел с ними, Томита понял, что «мучения из-за невозможности сочувствовать другим, несмотря на желание сочувствовать другим», помешали им войти в другие группы друзей, и квалифицировал это состояние как «хикикомори». Томита считал, что хикикомори соответствовал состоянию «отсутствия связи (общения)». Эта идея, которая до сих пор сохраняется, была подвергнута критике. Согласно «Белой книге о молодежи 1989 года», «хикикомори» является синонимом слова «инертность» и соответствует состоянию человека, который пытается иметь минимальный контакт с другими, в том числе и с его семьей, находясь весь день в своей комнате, даже во время приема пищи (родители подают обед на лотке). Инертность – это состояние человека, который потерял интерес к учебной или профессиональной жизни, и это ведет к бездействующей жизни до бесконечности. Поэтому хикикомори классифицируется с инертностью, а не с отказом от социального участия [Furuhashi et al., 2013].

В 1991 г. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии запустило экспериментальный проект по поддержке молодежи, страдающей от социального ухода. В 1998 г. японский психиатр Сайто Тамаки опубликовал книгу «Хикикомори: бесконечные подростковые годы» [Saito, 2013], которую принято считать важной вехой в истории исследований хикикомори. Сайто определил хикикомори как «тех, кто становится отшельниками в своем собственном доме длительностью не менее шести месяцев, с началом второй половины третьего десятилетия жизни и для которых другие психиатрические расстройства не лучше объясняют первичный симптом изоляции» [Ibid. P. 24].

Определения понятия «хикикомори»

Первое руководство, структурирующее феномен хикикомори, было установлено в 2003 г. Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии, в котором были выделены следующие критерии для хикикомори: 1) образ жизни, сосредоточенный на дому; 2) отсутствие интереса или желания посещать школу или работу; 3) продолжительность симптомов не менее шести месяцев; 4) исключена шизофрения, умственная отсталость или другие психические расстройства; 5) среди тех, кто не заинтересован или не желает посещать школу или работу, те, кто поддерживает личные отношения (например, дружеские отношения), были исключены [Ministry of Health, Labour and Welfare..., 2003]. Затем национальная исследовательская целевая группа уплотнила это определение следующим образом: «...состояние избегания социального участия (например, образования, занятости и дружеских отношений) обычно с настойчивой самоизоляцией в одном месте в течение как минимум шести месяцев в результате различных факторов» [Saito, 2013].

Позже американские психиатры [Тео, Gaw, 2010] предложили исследовательские диагностические критерии для хикикомори, согласно которым существенной особенностью этого расстройства является длительная социальная самоизоляция. Человек проводит большую часть дня и почти каждый день дома, ограничиваясь одной комнатой, обычно своей спальней. Существует явное избегание социальных ситуаций и межличностных отношений. Человек может покинуть свою комнату только ночью, когда вероятность быть замеченным другими минимальна, и часто проводит время, находясь в Интернете, читая или играя в видеоигры. Человек должен соответствовать каждому из следующих шести критериев:

А. Человек проводит большую часть дня и почти каждый день в заключении дома.

В. Закрыт или упорно избегает социальных ситуаций (например, посещения школы, работы) и социальных отношений (например, дружеских отношений, контактов с членами семьи).

С. Социальная изоляция и избегание в значительной степени мешают нормальному обычному, профессиональному (или академическому) функционированию человека либо социальным видам деятельности или отношениям.

Д. Человек воспринимает изоляцию как эго-синтонную.

Е. Наблюдается у индивидуумов моложе 18 лет, продолжительность составляет не менее 6 месяцев.

Ф. Социальная изоляция и избегание не лучше объясняются другим психическим расстройством, таким как социальная фобия (например, избегание социальных ситуаций из-за страха смущения), большое депрессивное расстройство (например, избегание социальных ситуаций как отражение нейровегетативных симптомов), шизофрения (например, изоляция из-за негативных симптомов психоза) или избегающее расстройство личности (например, изоляция из-за опасений критики или отказа).

Последнее самое полное и точное описание хикикомори появилось в 2010 г. от Министерства здравоохранения, труда и благосостояния Японии: «Хикикомори – психосоциальное явление, одной из характерных черт которого является уход от социальной активности и пребывание дома почти каждый день более полугода. Это происходит среди детей, подростков и взрослых в возрасте до 30 лет. Хотя хикикомори определяется как непсихотическое состояние, пациенты с шизофренией могут быть смешаны с этой группой, пока они не получат диагноз психоза» [Ministry of Health, Labour and Welfare..., 2010].

Совсем недавно (в 2015 г.), чтобы не только диагностировать, но и оценивать тяжесть состояния, были предложены еще более точные диагностические критерии для определения хикикомори: (1) большую часть дня и почти каждый день находится дома (продолжительность не менее 6 месяцев); (2) избегает социальных ситуаций, таких как посещение школы или выход на рабочее место (продолжительность не менее 6 месяцев); (3) избегает социальных отношений, таких как дружба или общение с членами семьи (продолжительность не менее 6 месяцев); и (4) значительный дистресс или ухудшение в связи с социальной изоляцией [Teo et al., 2015].

Место изоляции. После публикации пересмотренных методических рекомендаций японского правительства в 2010 г., исследователи опирались на эти официальные руководящие принципы, в которых были приняты жесткие критерии, такие как «пребывание дома почти все дни» [Kondo et al., 2013. P. 81], в своих исследованиях [Kondo et al., 2013; Todd, 2011]. Однако исследовательская группа, проводившая наблюдательное исследование в Японии (The World Mental Health Japan Survey Group, 2002–2006), не отмечает специфику места для социального отхода (т. е. не обязательна изоляция дома, например, интернет-кафе может быть другим окружением) и позволяет по случаю (время от времени, редко) выходить наружу [Koyama et al., 2010].

Следовательно, было предположено выделять тяжелые и легкие (мягкие) случаи социальной изоляции молодых людей: в тяжелых случаях молодые люди никогда не покидают своей комнаты и не общаются с членами семьи, в то время как в более легких случаях молодые люди время от времени выходят и разговаривают с другими [Heinze, Thomas, 2014].

Продолжительность изоляции. В Японии исследователи в целом предполагали, что продолжительность социальной изоляции более чем 6 месяцев следует рассматривать как проблематичный случай. Однако в других местах, таких как Корея [Lee et al., 2013] и Гонконг [Chan, Lo, 2013], исследователи отстаивали точку зрения, что более короткую изоляцию (3 месяца) уже следует считать проблематичной. Сравнение молодых людей, которые находились в изоляции более 6 месяцев и менее 6 месяцев, показало, что они очень похожи по числу негативных жизненных событий и низкому ментальному статусу [Wong et al., 2014]. Поэтому исследователи рекомендовали рассматривать более короткую продолжительность как социальный уход с целью более раннего выявления потенциально проблемных последствий социальной изоляции молодежи.

Социальная связанность. Исследователи в целом согласны с тем, что социально изолировавшиеся молодые люди оторваны от социальной структуры (не ходят на учебу или работу). Более того, некоторые авторы предположили, что социально изолировавшиеся молодые люди избегают любых видов социальной активности [Hattori, 2006; Suwa, Suzuki, 2013]. Что касается социальных взаимодействий, исследователи придерживаются разных взглядов на отношения молодых людей с другими. Некоторые авторы отмечают, что социально изолировавшиеся молодые люди не поддерживают личных взаимоотношений [Nagata et al., 2013; Тео, 2010; Тео, Gaw, 2010], в то время как другие полагают, что у них нет интимных отношений ни с кем, кроме членов семьи [Hattori, 2006], и нет близких друзей [Suwa, Suzuki, 2013]. Однако предполагается, что у социально изолировавшихся молодых людей есть близкие друзья, но они не поддерживают контакт с ними во время социального ухода, или что у этих молодых людей нет близких друзей, но они поддерживают личные отношения с другими, например с друзьями в Интернете. Согласно данным корейского исследования [Lee et al., 2013], в группе социально изолировавшихся подростков (41 участник в возрасте $15 \pm 3,6$ лет) было значительно меньше друзей, чем в прошлом, и они хотели большего количества друзей, чем группа контроля. В частности, 81,3 % изолировавшихся

хотели больше двух друзей; однако у 50 % не было друзей, а 75 % не имели контакта ни с кем в течение предшествующей недели.

Хикикомори и психические заболевания

Обобщая результаты имеющихся на сегодняшний день психиатрических исследований хикикомори, можно выделить три положения:

- у лиц с хикикомори всегда есть психическое расстройство, уже имеющееся в диагностических руководствах (DSM-V или МКБ-10);
- часть популяции хикикомори страдает каким-то психическим расстройством, в то время как у остальных нет психического расстройства (это различие между первичным и вторичным хикикомори);
- часть популяции хикикомори может быть диагностирована с психическим расстройством, уже имеющимся в DSM-V или МКБ-10, а другая часть страдает от новой патологии (она может быть включена в глоссарий синдромов, связанных с культурой) [Tajan, 2015; De Luca, 2017].

Изначально исследователи утверждали, что хикикомори не психическое расстройство, а социальное и психологическое явление, вызванное сложным взаимодействием между изменениями подросткового возраста и быстрыми социальными и семейными изменениями в Японии [Saito, 2013]. Другие исследователи [Suwa et al., 2003] сообщили, что 12 из 14 случаев хикикомори, которые консультировались в центрах общественного здравоохранения, имели психические расстройства, такие как социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, бредовое расстройство, первазивное расстройство развития, соматизированное расстройство, депрессивное расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности и пограничное интеллектуальное функционирование.

По результатам первого японского наблюдательного исследования (The World Mental Health Japan Survey 2002–2006, общая выборка $n = 4\,134$) [Koyama et al., 2010], в котором сообщается о распространенности хикикомори, демографических коррелятах и сопутствующих психических расстройствах, 54,5 % респондентов хикикомори соответствовали диагностическим критериям наличия по крайней мере одного психиатрического расстройства в течение их жизни. Около 35 % респондентов соответствовали критериям любого психического расстройства до начала хикикомори, среди них: социальная фобия 14,8 %, специфическая фобия 12,5 %, злоупотребление алкоголем

или зависимость 10,7 %, генерализованное тревожное расстройство 6,3 %, большой депрессивный эпизод 4,2 %, дистимическое расстройство 4,2 %. Основной депрессивный эпизод наблюдался у 16 % респондентов в том же году начала хикикомори. Генерализованное тревожное расстройство наблюдалось на протяжении всей жизни, а злоупотребление алкоголем или зависимость наблюдались до и после начала хикикомори. При этом распространенность психического расстройства на протяжении всей жизни была выше, чем у остальных респондентов в возрасте 20–49 лет (29,5 %). Респонденты, имевшие опыт хикикомори, в течение жизни превышали риск нарушения настроения в 6,1 раза. При этом в общей сложности 45,5 % случаев хикикомори не имели психического расстройства на протяжении жизни, что, по мнению авторов исследования, согласуется с концепцией первичного хикикомори [Kinugasa, 1998]. Однако данный результат не согласуется с данными более поздних исследований, в которых процент коморбидных расстройств выше. Как отмечают сами авторы, данное исследование имеет ряд ограничений – не оценивались другие психические расстройства, такие как шизофрения, нарушения развития и личностные расстройства, которые часто вызывают трудности в социальном взаимодействии и коммуникации, могут лежать в основе и вызывать острые случаи хикикомори, например, вызванные неблагоприятными социальными событиями (т. е. некоторые случаи, которые в данном исследовании были оценены как психически здоровые, в действительности могли иметь эти расстройства).

Другое проведенное в Японии исследование, в котором было собрано 337 случаев хикикомори, показало, что из них только в одном эпизоде не может быть поставлен диагноз с использованием существующих диагностических критериев DSM или МКБ [Kondo et al., 2011]. Результаты этого исследования делят популяцию хикикомори на три основные подгруппы: шизофрения, расстройства настроения и тревожные расстройства (33,3 %); расстройства развития (32 %); расстройства личности (34,7 %). Оставшиеся 0,7 % представляют собой частный случай, который невозможно диагностировать в рамках существующих категорий.

Обширное исследование (общую выборку составили 1 038 чел.), в котором изучалось восприятие хикикомори как возможного психиатрического термина среди специалистов, связанных со здоровьем (психиатров, педиатров, медсестер, психологов и др.), показало, что, несмотря на некоторые различия в восприятии хикикомори, все участники, как правило, не были согласны с утверждением: «Хики-

комори не является расстройством». Что касается основных психических расстройств, лежащих в основе хикикомори, примерно 30 % психиатров выбрали шизофрению как наиболее применимый диагноз МКБ-10 для хикикомори, тогда как 50 % педиатров выбрали невротические, связанные со стрессом расстройства [Tateno et al., 2012].

В исследовании, проведенном группой корейских авторов [Lee et al., 2013], в результате интервьюирования родителей наиболее распространенными основными или сопутствующими психическими заболеваниями были вызывающее оппозиционное расстройство, социальное тревожное расстройство, депрессия, ПТСР и интернет-зависимость. Оценка психического статуса самих изолировавшихся подростков (в возрасте $15 \pm 3,6$ лет) показала, что они имели значительно более высокие баллы по депрессии, тревожности и интернет-зависимости, чем участники контрольной группы (56,3 % подвержены высокому риску интернет-зависимости и 9,4 % – зависимы). Однако данное исследование не позволяет понять, является ли интернет-зависимость основной причиной или вторичным результатом социального ухода. Также у изолировавшихся подростков были более низкие баллы по шкале самооценки и более высокие баллы по шкале избегающего личностного расстройства.

Наблюдательное исследование, основанное на телефонном интервьюировании молодых людей в Гонконге в возрасте 12–29 лет (общая выборка $n = 1\ 010$), выявило близкие к Японии показатели распространенности хикикомори – 1,9 % (около 16 900 – 41 000) [Wong et al., 2014]. Но при этом большинство участвующих изолировавшихся лиц соответствовали характеристикам «первичных хикикомори» и только 4 % получали психиатрическое лечение в прошлом. Эти данные не согласуются с результатами японского исследования, в котором у половины лиц с хикикомори наблюдалось психическое расстройство на протяжении всей жизни [Koyama et al., 2010]. Авторы этого исследования признают, что включение психиатрической оценки в исследование может существенно повлиять на полученные данные, однако считают это очень большим расхождением, которое нельзя объяснить исключительно наличием психиатрического фактора оценки, и предполагают, что социальный уход среди молодежи в Гонконге может быть результатом сложного взаимодействия между проблемами развития, социальных, психологических изменений и условий занятости в Гонконге.

В недавнем исследовании, проведенном на японской и американской выборках [Teo et al., 2015], было выявлено пять наиболее распро-

страненных психиатрических диагнозов на протяжении всей жизни: избегающее расстройство личности (41 %), большое депрессивное расстройство (32 %), параноидное расстройство личности (32 %), посттравматическое стрессовое расстройство (27 %) и социальное тревожное расстройство (27 %). При этом большинство участников, (68 %), соответствовали критериям множественных психиатрических диагнозов: 59 % имели три или более диагноза и 9 % – два диагноза, другие 9 % – один диагноз. В то же время 23 % не отвечали критериям диагностики любого психического расстройства, все эти участники были из Японии. По сравнению с японскими участниками, у пациентов из США чаще наблюдались расстройство настроения, расстройство употребления психоактивных веществ и тревожное расстройство. Оценка склонности к интернет-аддикции показала, что почти 60 % выборки оказались в самой низкой категории, 41 % в умеренной категории (только один из них был в группе без диагнозов) и ни один в тяжелой категории. Оценки были несколько выше среди пациентов в США, чем у японских испытуемых, но эта разница не была статистически значимой.

Исследование, проведенное на испанской выборке хикикомори [Ángeles Malagón-Amora et al., 2018], показало, что из 190 случаев только один не имел связанной патологии (было обнаружено поведение интернет-зависимости). Всего было идентифицировано шесть основных диагностических групп: психотическое расстройство 36 %, расстройство настроения 17 %, тревожное расстройство 20 %, расстройство личности 15,9 %, употребление наркотиков и другие диагнозы (включая расстройство компульсивного накопительства, расстройства аутистического спектра и дисморфофобию). Только 2 % пациентов не получили диагноз.

Исследование, проведенное во Франции [Chauliac et al., 2017], показало, что около 42 % не имели предварительного контакта со специалистом в области психического здоровья ранее. Наиболее частыми диагнозами, выявленными в данном исследовании, были психотическое расстройство (шизофрения) (для 37 % пациентов), расстройство настроения (23 %) и личностные расстройства (15 %). В целом 42 % употребляют каннабис и у 73 % наблюдаются расстройства режима «сон-бодрствование». 13 % участников не получили психиатрического диагноза, поэтому они подошли к определению хикикомори японским Министерством здравоохранения, рассматривающим хикикомори как психосоциальное явление.

Однако существует несогласованность относительно психических расстройств, которые считались исключаящими диагностику первичного хикикомори. Исследовательской группой из Канады [Stip et al., 2016] был опубликован обзор, в котором рассматриваются общие характеристики хикикомори с продромальным психозом, негативными симптомами шизофрении и интернет-зависимостью, являющимися распространенными дифференциальными или коморбидными диагнозами хикикомори.

После изучения вышеуказанных психиатрических данных можно выделить следующие тенденции: за пределами Японии у людей хикикомори всегда есть психическое расстройство; в Японии эти случаи существуют, но также существует идиопатический хикикомори (или первичный хикикомори), не связанный ни с одним из психических расстройств. В качестве возможных объяснений обнаружения идиопатических хикикомори среди японских участников исследований обсуждаются следующие: (1) японцы предпочитают самоотчетные симптомы социального ухода от других психических симптомов; (2) некоторые особенности японской культуры способствуют развитию хикикомори при отсутствии других диагностируемых психиатрических состояний [Teo et al., 2015]. Альтернативную гипотезу можно предположить на основании данных, полученных французской группой исследователей [Chauliac et al., 2017] (ими было выявлено 13 % случаев хикикомори без коморбидных расстройств). В отличие от большинства исследований, которые в основном проводились на пациентах, обращавшихся за помощью, исследовательская группа под названием Psumobile³ смогла охватить лиц с поведением социальной изоляции, которые не искали психиатрической помощи. Возможно, если усовершенствовать методы выхода на участников подобных исследований, количество случаев идиопатических хикикомори могло бы быть больше.

Николас Тайджан провел всесторонний обзор исследований психиатров по проблеме хикикомори, в котором отдельное внимание уделил вопросу включения хикикомори в DSM-5 как синдрома, свя-

³ Psumobile – мобильная психиатрическая организация в Лионе (Rhône Département, Франция), которая направлена на обеспечение более широкого доступа к психиатрической помощи благодаря своей способности посещать пациентов. Запросы на уход осуществляются родственниками или социальными работниками, и большинство пациентов Psumobile никогда не имели контакта с психиатрической помощью [Chauliac et al., 2017]. Это приводит к тому, что Psumobile часто вступает в контакт с изолированными людьми.

занного с культурой [Tajan, 2015]. Так, в статье 2010 г. американские психиатры пытались предоставить свидетельства того, что хикикомори является новым психическим расстройством, и утверждали, что хикикомори могут «часто, но не всегда» классифицироваться в DSM-IV-TR или ICD-10 [Teo, Gaw, 2010]. Для тех пациентов, которые не могут быть классифицированы, они предложили включить хикикомори в DSM в список синдромов, связанных с культурой. Сравнивая хикикомори с тайдзин кёфусё⁴, который включен в глоссарий культурных концепций дистресса DSM-5, Н. Тайджан резюмирует о необходимости для научного сообщества отказаться от рассмотрения хикикомори как синдрома, учитывая отсутствие его клинического описания в литературе, и предлагает рассматривать его как культурную идиому дистресса⁵.

⁴ Тайдзин кёфусё – японское расстройство, родственное социальной фобии, связанное с боязнью межличностных отношений или социальных ситуаций, которое встречается преимущественно у молодых людей и состоит чаще всего в страхе покраснеть, боязни контакта глаз и мнимых физических дефектов (дисморфофобическое расстройство тела), которые, как они полагают, могут причинить окружающим значительный дискомфорт. Этот страх опозориться перед другими людьми или оскорбить их приводит к социальному избеганию. Исследователи утверждают, что паттерн симптомов, возникающих при тайдзин кёфусё, был сформирован под явным влиянием культурных факторов: воспитание в высокой зависимости от матерей, страх перед внешним миром, особенно перед чужими людьми, поощрение в процессе воспитания японских детей послушания и покорности, уделение большого внимания имплицитной коммуникации (умению угадывать мысли и чувства другого человека, не прибегая к контакту глаз, что расценивается агрессивным и бестактным), иерархичность и структурированность общества, в котором реакция на социальный статус передается многими тонкостями языка.

⁵ В пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) в III секцию классификации включен раздел, посвященный культурной формулировке (Cultural Formulation), в котором содержится призыв во время систематической оценки психического здоровья учитывать информацию о воздействии культуры на ключевые аспекты клинического состояния индивидуума.

В данном разделе приводятся три основных типа культурных концепций дистресса (заменяющих конструкт «синдром, связанный с культурой»): культурные синдромы, культурные идиомы дистресса, культурные объяснения.

Культурный синдром – это кластер или группа совпадающих, относительно инвариантных симптомов, обнаруженных в конкретной культурной группе, сообществе или контексте.

Культурная идиома дистресса – это лингвистический термин, фраза или способ говорить о страданиях среди людей культурной группы (например, сходной этниче-

Теории развития

Теория привязанности. Согласно Боулби [Bowlby, 1982], надежная привязанность в раннем возрасте будет влиять на более поздние социальные взаимодействия и отношения индивида. Было предложено ненадежные типы привязанности, особенно избегающий и амбивалентный, связать с социальной изоляцией [Hattori, 2006; Krieg, Dickie, 2013]. При этом для разных типов нарушений привязанности выделяют свой путь социального ухода.

Избегающие индивидуумы страдают из-за недоступности поддержки со стороны их фигур привязанностей [Mikulincer, Shaver, 2013]. Чтобы справиться, они отрицают свою потребность в связи и выходят из социальных взаимодействий, следовательно, они избегают интимности, эмоциональной близости и взаимозависимости в отношениях. В литературе поведение социальной изоляции молодежи воспринимается как форма избегающей стратегии для избегающих индивидуумов, чтобы справиться с нечувствительными фигурами привязанности и травмами привязанности [Sakamoto et al., 2005], и поэтому они избегают социальных контактов [Kato et al., 2012], социальных ситуаций [Tateno et al., 2012] и даже больших скопления людей, поездов и публичных мест [Hattori, 2006]. Избегающая привязанность также часто связана с проблемами в самовозвышении и чрезмерной конкуренции [Mikulincer, Shaver, 2013]. Эти проблемы также проявляются у социально изолировавшихся молодых людей. Было отмечено, что чувство гордости социально отозванных людей слишком высоко, чтобы выдержать принижение их достоинства или образа себя в обычных человеческих отношениях (Ogino, 2004). Они также не доверяют другим и отказываются обращаться за помощью при столкновении с проблемами.

Амбивалентные индивидуумы страдают от непостоянной поддержки со стороны фигур привязанности [Mikulincer, Shaver, 2013]. Они пытаются получить поддержку, и их фигуры привязанности иногда отзываются, однако они становятся фрустрированными и неуверенными в случае, когда поддержка не предоставляется. Это частичное позитивное подкрепление означает, что амбивалентные

ской принадлежности и религии), относящаяся к общим понятиям патологии и способам выражения, передачи или обозначения основных признаков дистресса.

Культурное объяснение – это ярлык, атрибуция или особенность объяснительной модели, которая обеспечивает культурно продуманную этиологию или причину симптомов, болезней или расстройств.

индивидуумы попадают в конфликт приближение-отдаление. Исследователи привязанности в целом считают, что амбивалентные индивидуумы останутся с людьми и будут стремиться к привязанности, несмотря на то, что у них неудовлетворительные социальные отношения. Таким образом, кажется, что амбивалентные индивидуумы вряд ли станут социально изолированными людьми. Тем не менее исследователи [Krieg, Dickie, 2013] продемонстрировали связь между амбивалентной привязанностью и социальной изоляцией. Они предположили, что избегающее поведение у амбивалентных личностей может быть усилено культурными различиями. Например, японская культура гармонии может усилить психологическое влияние отказа сверстников на амбивалентных индивидуумов. Без возможности справляться с психологическим воздействием амбивалентные индивидуумы призваны приближаться к людям в японском конформистском обществе. Социальная изоляция молодежи становится следствием истощения, в результате соответствия социальным ожиданиям и выдерживания отказа сверстников под влиянием японской культуры.

Социальный уход, связанный с надежной привязанностью, обсуждается реже. Однако считается, что индивидуумам с надежной привязанностью комфортнее справляться с одиночеством при условии адекватной поддержки [Mikulincer, Shaver, 2013]. Некоторые социально изолировавшиеся подростки, похоже, имеют надежную привязанность к своим семьям, но заканчивают, закрывая себя в своих комфортных зонах без изучения внешнего мира [Furlong, 2008].

Теория стадий психосоциального развития. Социальный уход молодежи может быть результатом неспособности противостоять кризисам в психосоциальном развитии. Конфликт между близостью и изоляцией подчеркивается на этапе молодой взрослой жизни в возрасте от 20 до 39 лет [Erikson, 1950]. Предположительно, молодой взрослый, который не может достичь интимности на стадии взросления, может страдать от изоляции и, следовательно, от социальной изоляции молодежи [Teo et al., 2013]. Однако социальный отход, как правило, обнаруживается у подростков, причем начало отступления обычно приходится на подростковый период от 15 до 20 лет [Heinze, Thomas, 2014; Kouyama et al., 2010]. Негативные последствия изоляции на этапе ранней взрослости могут не полностью объяснить нормальное подростковое начало социального отхода. Некоторые исследователи предположили, что кризис идентичности на стадии подросткового возраста приводит к социальному отходу молодежи [Furlong, 2008; Wong et al., 2014]. Ранее нерешенные психосоциальные кризисы бу-

дут реорганизованы или реинтегрированы в подростковом возрасте при решении проблем формирования идентичности [Erikson, 1968]. Для смущенных людей, переживающих переходный период, социальный уход может быть формой психологического моратория для восстановления контроля над окружающей средой и постепенного восстановления направления и реконструкции личности [Furlong, 2008].

Факторы, связанные с социальной изоляцией молодежи

В настоящее время имеются ограниченные доказательства того, какие факторы могут спровоцировать поведение социального ухода. В обзоре Ли и Вонга [Li, Wong, 2015] обобщены и классифицированы психологические, семейные и социальные, поведенческие факторы, ведущие к социальной изоляции молодежи.

Психологические факторы. На психологическом уровне в многочисленных докладах и статьях упоминается связь между хикикомори и аверсивным, даже травматичным, детским опытом. Похоже, многие из детей, переживших опыт изоляции, часто были жертвами издевательств в школе или других форм отторжения сверстниками [Li, Wong, 2015; Lee et al., 2013; Furlong, 2008; Teo, 2010; Kondo et al., 2013; Sakamoto et al., 2005; Borovoy, 2008; Krieg, Dickie, 2013].

Интровертированность, темпераментная застенчивость (конституциональная робость) и амбивалентный или избегающий стиль привязанности может также предрасполагать к развитию хикикомори [Li, Wong, 2015; Teo, 2015; Krieg A., Dickie J. R., 2013]:

М. Сува и К. Сузуки [Suwa, Suzuki, 2013] выделили пять основных психологических особенностей «первичных хикикомори» (хикикомори без очевидного психического расстройства).

1. Эпизоды поражения без борьбы. Во многих случаях хикикомори есть эпизод «поражения без борьбы», прежде чем человек станет хикикомори (например, выход из команды школьного волейбола, потому что не был выбран в качестве игрока; отказ от вступительного экзамена после подготовки к нему). Все конкурентные стратегии избегаются. Хикикомори отходят от своего предполагаемого «идеального пути», никогда не борясь за то, что хотели.

2. Идеальный образ себя, возникающий в желаниях других, а не в собственном желании. Они создают свой идеальный образ, основанный на ожиданиях других, и неспособны удержать свои собственные цели или идеалы, в результате в них не возникает сильного желания работать над достижением этих идеалов.

3. Сохранение идеального образа «ожидаемого» self. Поскольку они продолжают жить как хикикомори, тот факт, что они не следуют намеченному пути, становится более серьезной проблемой внутри них. Если бы они боролись и потеряли, они могли бы создать новое осознание себя от боли этого поражения и столкнулись с задачей поиска нового пути. Вместо этого разрыв между их идеальным «я» и фактическим «я» становится еще больше. Тем не менее они по-прежнему лелеют фантазию о воссоединении своего воображаемого идеального пути, а не начинают с того места, в котором они сейчас находятся. Признавая, что они отклонились от этого пути, они по-прежнему хотят показать другим свое предполагаемое идеальное «я».

4. Вложение родителей в идеальное «я» ребенка. Родители не только поддерживают своего ребенка финансово, но также могут способствовать его стремлению к прошлому идеальному имиджу даже после того, как он вырос и стал хикикомори, полагая, что он все еще может достичь чего-то в будущем.

5. Избегающее поведение для поддержания положительного мнения окружающих. Хикикомори избегает вещей, которые угрожают «предполагаемому я» или «идеальному я». Они избегают ситуаций, когда их могут спросить другие об их нынешних обстоятельствах, и избегают думать о том, чтобы начать снова с их нынешнего состояния. Их принципы поведения сосредоточены на защите идеального «я», они избегают таких ситуаций. Если бы они придерживались идеала, рожденного своими собственными желаниями, они, вероятно, не приняли бы такую схему избегания. Кроме того, они не испытывают особого желания достичь чего-то или погрузиться во что-то приятное, что может указывать на их основную неспособность искать какое-либо удовольствие.

Семейные факторы. Факторы, которые были идентифицированы, включают традиционные семейные проблемы, такие как ядерная семья без поддержки расширенной семьи [Borovoy, 2008; Kaneko, 2006; Lee et al., 2013], разрушенная семья [Chong, Chan, 2012], смерть члена семьи [Kondo et al., 2011] и дисфункциональная динамика семьи и родительства [Chan, Lo, 2014; Heinze, Thomas, 2014; Suwa et al., 2003]. Исследования показали следующие характеристики семей первичных социально изолировавшихся молодых людей: жесткие правила, определяющие роль каждого человека (даже когда семья сталкивается с трудностями, роли не изменяются, чтобы справиться с ситуацией, чтобы решить проблемы, но каждый пытается поддерживать оригинальные методы преодоления и отношений, что снижает

ет адаптивность молодых людей); недостаточный уровень семейной сплоченности (в семье отсутствует эмоциональный обмен, и членам группы трудно сочувствовать отрицательным чувствам друг друга, хотя члены семьи обеспокоены друг другом, между ними существует небольшой вербальный обмен, родители редко спрашивают детей о самой проблеме социального ухода). Некоторые родители, не знающие, как инициировать беседу или проявить заботу по отношению к своим детям [Suwa et al., 2003], могут не научить их эмпатии, как устанавливать доверительные отношения с другими людьми и как поддерживать здоровые коммуникации [Todd, 2011]. С другой стороны, семьи, которые берут на себя слишком большую ответственность за поддержку своих детей, предоставляя деньги, питание и жилье, даже когда они становятся юридически взрослыми, и после замужества могут также культивировать «паразитарную тенденцию» у своих детей [Furlong, 2008; Heinze, Thomas, 2014].

Семья-школа. Было обнаружено, что многие социально изолировавшиеся молодые люди являются старшим сыном в своей семье [Тео, 2010]. Независимо от семейного фона, среднего класса [Furlong, 2008] или рабочего класса [Wong, 2009], в Азии родители возлагают большие надежды на своего старшего сына. Родители с финансовыми ресурсами, высоким уровнем образования и престижной работой больше ориентированы на достижение и одержимы образованием [Hattori, 2006]. Однако слишком высокие академические ожидания и острая конкуренция могут привести к тому, что дети переживают кризис доверия, когда они потерпят неудачу [Lee et al., 2013]. Они также могут быть презираемы и недопонимаемы их родителями и учителями, если они не преуспевают в своей академической работе [Chong, Chan, 2012]. Кроме того, некоторые дети вынуждены посещать дополнительные учебные занятия после школы; это не только лишает их досуга, но и создает для них дополнительное напряжение [Hattori, 2006]. Социальная изоляция молодых людей связана с высоким академическим давлением и неспособностью добиться высших академических достижений [Furlong, 2008].

Социокультурные факторы. По мнению Такахиро Като [Kato et al., 2018], одним из наиболее влиятельных факторов, способствующих значительной распространенности хикикомори в Японии, является то, что японский социокультурный фон традиционно пронизан «амаэ» (принятие чрезмерно зависимого поведения) и стыдом, который также связан с синдромом тайдзин кёфусё. Кроме того, по мнению исследователя, стыд является ключевым фактором, способствующим

самоубийству среди японцев, что может объяснять чрезвычайно высокий уровень самоубийств в Японии по сравнению с другими развитыми странами [Hirota, 2014].

Другими важными социокультурными факторами, которые, по мнению Т. Като, облегчили появление хикикомори в Японии, являются.

- Гиперпротекция. По сравнению с родителями в западных семьях родители из Японии склонны чрезмерно защищать своих детей. Эта чрезмерная защита тесно связана с амаэ. Даже сейчас, по сравнению с молодыми людьми в западных обществах, молодые люди в Японии, как правило, более экономически зависимы от своих родителей, и это явление, по-видимому, есть одна из выраженных форм амаэ. Хикикомори может быть опосредованно вызвана чрезмерной защитой и амаэ, что заставляет родителей принимать их ребенка дома.

- Более сильные отношения в диаде мать – ребенок и более слабые отношения в диаде отец-ребенок (неопределенность мужской роли в японском обществе). Т. Като отмечает, что отношения между родителями и детьми в Японии долгое время считались менее эдипальными, чем в западных обществах, и отмечались отсутствующим отцом и чрезвычайно продолжительной и замкнутой связью с матерью, что может привести к трудностям, связанным с независимостью. Особенно в случае хикикомори, развитие базовых навыков межличностного общения на ранних этапах жизни является недостаточным, что может вызвать уязвимость к стрессу и проявиться позднее в школах и на рабочих местах и привести к побегу из социальных ситуаций.

- Высокое давление в системе образования (экзаменационная война). В Японии, уже начиная с младшей школы, придается большое значение экзаменационным испытаниям для успешного перехода в среднюю школу. Не все ученики могут на одинаково успешном уровне преодолевать эти испытания, что может приводить к проблемам школьного обучения (буллинг) и, как следствие, – к прогуливанию уроков или отказу от посещения школы [Ibid.].

Отдельное внимание Т. Като уделяет развитию технологических разработок, таких как интернет-, видео- и веб-игры, которые ослабили необходимость прямого контакта человека с человеком. Исследователь отмечает: «В Японии 1983 год стал важным годом, потому что это был год, когда впервые была выпущена домашняя система видеогр Nintendo (получившая название FAMILICOM), и когда детям впервые были доступны домашние видеогры. Эти дети стали подростками и молодежью в середине 1990-х годов. Разве не интересно,

что это случилось в то время, когда произошла пандемия хикикомори, как описано в конце 1990-х годов?» [Hirota, 2014. P. 14].

М. Сува и К. Сузуки выделяют в качестве возможных причинных факторов первичного хикикомори изменения в социальной структуре, изменения в общении и изменения в системе труда [Suwa, Suzuki, 2013].

Социальные изменения в целом. Авторы предполагают, что изменения социальных норм или стандартов, лежащих в основе японского общества («время идеалов», «время сновидений», «время фантастики», «время невозможного»), связаны с проявлением сопротивления молодежи в период социализации: во «время идеалов» молодежный конфликт проявлялся в формировании банд хулиганов, или якудза, выбывших из общества; во «время сновидений» молодые люди отвергали американский капитализм и сопротивлялись порядку политики, проявляя яростную активность в кампусе и охваченность коммунизмом; «во время фантастики» появилась группа молодежи под названием «отаку», которая разместила аниме и виртуальный мир выше реальности. Во «время невозможного», когда объект сопротивления, такой как трансцендентальный другой, рухнул, энергия, выражающая сопротивление снаружи, могла быть интернализирована посредством действия хикикомори. Действие хикикомори служит не только для защиты своего нынешнего состояния, но также приводит к ранению себя через внутреннее действие во время инициации или социализации. Поэтому в таком свете хикикомори можно рассматривать как противоречие между защитой себя и ранением себя.

Изменения в коммуникации. В результате повышенной социальной мобильности и развития средств массовой информации близость и непрерывность (личная история) больше не важны для личного общения в современном японском стиле жизни. Общение лицом к лицу становится все менее распространенным, и общение в режиме онлайн в целом считается более важным. Концепция «оффлайн-встречи», в настоящее время широко используемая среди молодых японцев, может рассматриваться как четкое описание их формы существования, в которой косвенное онлайн-общение имеет приоритет над фактическими отношениями. Придание малой важности своему непосредственному обществу, изолирование себя от семьи и местного сообщества и приоритетное внимание к взаимодействию в предпочитаемом частном мире, стало образом жизни среди многих японских молодых людей. В прошлом личное общение, в котором было взаимное признание или понимание эмоционального опыта, существовало не толь-

ко среди семьи и близких друзей, но также распространялось на более крупные группы, такие как компания или раса. Поскольку японцы больше не могут легко доверять другим или чувствовать поддержку своей группы, они приняли то, что называется «синхронным сообщением». В этой форме общения люди соединяются не через эмоциональные отношения, а, скорее, на основе схожих вкусов или интересов, чтобы чувствовать себя непринужденно. Молодежь хикикомори, бросая учебу или работу, не принадлежит ни к какой организации, обычно не имеет ни личного общения, поддерживаемого какой-либо групповой принадлежностью, ни синхронного общения, поддерживаемого совместными схожими интересами.

Изменения в системе труда. Отмечается, что быстро меняющиеся экономические условия, уникальные для Японии (беспрецедентный экономический рост после 1960 г. до внезапного экономического краха примерно в 1990 г.), сильно повлияли на молодых людей, выросших в этот период. В Японии неуклонно снижается процент работников, занятых производством на фоне быстрого роста работников третичной промышленности, на долю которых в настоящее время приходится 70 % рабочей силы. Поэтому большинство молодых людей сегодня стремятся работать в компании в области информации / телекоммуникаций, финансов или маркетинга. Условия занятости также стали более жесткими с тех пор, как в начале 1990-х гг. лопнула так называемая «пузырьковая экономика». Если раньше существовала стабильность – академический успех гарантировал хорошие перспективы карьеры и занятости (многие люди могли работать на своих рабочих местах до выхода на пенсию), с упадком традиционных возможностей для найма и продолжения работы в третичной промышленности требуется более высокий уровень навыков межличностного общения и более высокая сила выживания, чем когда-либо прежде. С середины 1990-х гг. отмечается рост числа молодых людей, живущих на доход от непостоянного заработка (фритеры), так же как и количество хикикомори. Трудовая проблема, затрагивающая эту молодежь, стала одной из основных социальных проблем, с которыми сталкивается Япония сегодня. Альтернативы экономической автономии и социального обеспечения (безопасности) остаются крайне ограниченными. Таким образом, непредвиденные переменные профессии и даже нерегулярная занятость приводят к снижению социальной мобильности [Furlong, 2008] и снижающемуся значению ценности работы [Тео, 2010]. Больше людей, испытывающих трудности с поиском работы, не имеют законного социального статуса, чтобы проявить себя в со-

циальном окружении [Lee et al., 2013; Ogino, 2004]. Следовательно, они могут стать социально изолированными из-за потери чувства руководства и неспособности найти место в обществе [Furlong, 2008].

Поведенческие факторы

Для оценки рисков поведения социальной изоляции среди молодежи исследователи предлагают разделить концепцию социального ухода на период и уровень [Chan, Lo, 2016], что позволяет рассматривать молодежь в ситуации социального ухода не как коллективное целое, но отмечать различия между ними.

Ли и Вонг выделили три типа социального ухода по стратегиям изоляции и тенденциям социального взаимодействия: 1) асоциальное пребывание дома; 2) асоциальный, но выходящий наружу; 3) избирательно социальный [Li, Wong, 2015].

Наиболее неблагоприятный прогноз отмечается в случае, когда молодые люди проводят много времени дома, занимаясь самостоятельной деятельностью и прилагая минимальные усилия для поддержания межличностных отношений [Chong, Chan, 2012; Lee et al., 2013; Ovejero et al., 2014]. После ухода из социальной среды, такой как школа или занятость, они физически отключены. Некоторые даже изолируются в своих спальнях, еще больше дистанцируясь от внешнего мира [Teo, 2010]. Они смотрят телевизор, играют в компьютерные или видеоигры, читают книги или мангу [Sakamoto et al., 2005]. Иногда у них происходит инверсия сна – они могут спать весь день и бодрствовать всю ночь [Masataka, 2002] – и даже не принимать душ [Kaneko, 2006]. Длительная изоляция может дисквалифицировать молодых людей с точки зрения коммуникации и социализации и культивировать всеобъемлющее чувство апатии [Teo, 2010]. Исследователи сообщают, что у социально отстраненных молодых людей мало друзей и пассивные или индифферентные отношения со своими сверстниками и родителями в ранней жизни [Chong, Chan, 2012, Lee et al., 2013; Wong et al., 2014], что уменьшает их социальную вовлеченность, когда они становятся старше [Itoh, 2012].

Однако, по оценкам исследователей, только 27 % социально изолировавшихся молодых людей в Японии не покидают свои жилые помещения [Ogino, 2004]. Обычно они выходят в одиночку для разных целей. Одни выходят только тогда, когда это необходимо, например, чтобы купить вещи в магазине, преимущественно, когда мало людей вокруг, потому что они не хотят встречаться с бывшими одноклассни-

ками или соседями [Wong, 2009; 2012]. Другие выходят на регулярной основе в течение дня, как будто ходят в школу или на работу, чтобы скрыть свой социальный уход, но на самом деле они проводят свое время бесцельно, гуляя или катаясь на поездах [Furlong, 2008]. Третьи выходят только для своего собственного развлечения или получения удовольствия по выходным [Heinze, Thomas, 2014; Kaneko, 2006].

Помимо асоциального поведения, было установлено, что некоторые социально изолировавшиеся молодые могут общаться с людьми, не связанными с их работой или жизнью [Suwa, Suzuki, 2013], взаимодействовать со своими родителями и членами семьи [Wong, 2012] и поддерживать социальные контакты через цифровые средства. Это подразумевает, что молодежь не полностью утрачивает навыки социализации, хотя они живут дома в течение длительного времени. Некоторые молодые люди готовы и способны поделиться переживаниями своего собственного опыта социальной изоляции [Kaneko, 2006] или даже иногда совершают поездки с друзьями и работают неполный рабочий день время от времени [Suwa et al., 2003]. Кроме того, Интернет предоставляет им удобный канал для межличностного общения дома. Они могут общаться в Интернете с незнакомцами в уединении и анонимно, чтобы развивать виртуальные социальные сети и интимные отношения [Chan, Lo, 2014, Wong, 2009]. Благодаря этим виртуальным социальным сетям они могут получить поддержку и признание со стороны сверстников [Chan, Lo, 2013] и даже переопределить их социальную идентичность, чтобы быть более позитивным и социально приемлемым для восстановления чувства полезности [Heinze, Thomas, 2014].

Недавнее исследование, проведенное в Гонконге [Chan, Lo, 2016], в котором изучалась связь между негативным опытом, негативными эмоциями и делинквентным поведением в ситуации социального ухода (выборка состояла из 533 участников в возрасте от 12–24 лет, 62,7 % мужчин, 37,3 % женщин, без психических расстройств, длительность опыта социальной изоляции от 1 года до 8 лет), показало, что уровень ⁶ социального ухода с отрицательными эмоциями, но не период, были значительными посредниками, которые опосредствовали связь

⁶ Выделяют пять уровней социального ухода [Chan, Lo, 2016]:

1 = «За последние три месяца я не выходил на улицу»;

2 = «За последние три месяца я не общался лицом к лицу»;

3 = «За последние три месяца я оставался дома»;

4 = «За последние три месяца я оставался только в комнате»; и

5 = «За последние три месяца я ни с кем не разговаривал».

между негативным опытом (особенно отрицательными отношениями с другими людьми) и делинквентным поведением. Это отражает тот факт, что корень делинквентного поведения – это негативный опыт, который вызывает отрицательные эмоции, а не поведение социального ухода. Низкий уровень социального ухода, при котором молодые люди, как правило, получают большую социальную поддержку, испытывают меньше стресса и меньше страдают от негативных эмоций, выполняет роль буфера. Если у молодых людей в ситуации социальной изоляции есть достаточные буферы, возникающие из социальной поддержки, чтобы приспособиться к невзгодам во время длительного уединения, у них будет более низкая тенденция к участию в правонарушениях, и наоборот.

В качестве отдельной проблемы, связанной с социальной изоляцией молодежи, выделяют активное использование Интернета. Отмечается, что иногда изолировавшиеся молодые люди проводят больше 12 ч в день перед компьютером, как следствие, более половины подвержены риску интернет-зависимости, и примерно одна десятая будет соответствовать диагностическим критериям такой зависимости [Lee et al., 2013]. Недавнее крупномасштабное эмпирическое исследование, охватывающее 11 европейских стран, показало, что молодежь с высоким уровнем использования средств массовой информации (т. е. Интернет, телевидение и видеоигры, используемые по причинам, не связанным со школой или работой), сидячим образом жизни и сокращением сна представляют собой «невидимую» группу риска [Carli et al., 2014]. Несмотря на то, что эту группу молодежи традиционно считают «нормальной», на самом деле они проявили тревожные признаки «невидимого» риска психопатологии: у учеников в этой группе были выявлены высокие показатели депрессии, тревоги и суицидальных мыслей, которые находились на том же уровне, что и среди учеников, принадлежащих к группе высокого риска. Исследователи отмечают, что каузальность отношений между этими формами рискованного поведения и психопатологическими проявлениями остается неясной, однако общие психические расстройства, такие как депрессия, как известно, часто показывают двунаправленные отношения со сниженным сном [Clarke, Harvey, 2012], низким уровнем активности [Biddle, Asare, 2011] и высоким потреблением медиа [Carli et al., 2013]. А также подчеркивают важность данных результатов для разработки профилактических интервенций, поскольку обычно эта группа не вызывает беспокойства родителей и учителей в отличие от учеников с формами поведения, связанного с высокими

рисками (чрезмерным употреблением алкоголя, незаконным употреблением наркотиков, тяжелым курением).

Исследователи отмечают, что социально изолировавшиеся молодые люди, получившие меньший уровень образования, склонны проявлять больше рискованного поведения, чем группа сравнения. Высокий уровень образования рассматривается как буферный фактор, который предоставляет больше шансов для выхода из состояния изоляции: те, у кого меньше уровень образования, скорее всего будут рассматриваться как «неудачники» в системе образования в Гонконге (которая в узком смысле ориентирована на академическое превосходство), как ленивые и исключенные из «мейнстрима» [Borovoy, 2008], что в итоге может развить чувство беспомощности, не позволяющее им исследовать возможности. Кроме того, эти уязвимые социально изолированные молодые люди более восприимчивы к онлайн-информации и влиянию новых СМИ, в результате, вовлечению в различные современные рискованные поведения, например, кибербуллинг и сайты-знакомств [Wong et al., 2014].

Другой группой ученых [Yuen et al., 2018] было проведено первое исследование с целью изучения воздействия образа жизни хикикомори на физическое здоровье. Выборку данного исследования составили молодые люди с хикикомори, проживающие в Гонконге (жители КНР китайской национальности) в возрасте 13–34 лет ($n = 104$). Сравнялся образ жизни и физический профиль лиц с хикикомори в двух группах: новые случаи (период изоляции < 6 мес., $n = 52$) и давние случаи (период изоляции > 6 мес., $n = 52$). Несмотря на то, что оценка по шкале физического функционирования в целом была хорошей, участники, которые вели сидячий образ жизни, оказались с высокой частотой гипертонии (15,4 %) и предгипертонией (31,7 %). Появление гипертонии и предгипертонии в случаях, живущих как хикикомори > 6 мес., было в 3 раза и в 1,5 раза выше, чем в начинающих случаях, соответственно. Уровни артериального давления были сопоставлены с возрастом и всеми параметрами индекса ожирения, включая окружность талии и индекс массы тела. Результаты также наблюдали сдвиг массы тела от недостаточного веса до избыточного веса и ожирения по мере продолжительности хикикомори. Половина случаев гипертонической болезни включала повышение систолического артериального давления, что указывает на более высокие шансы сердечно-сосудистых осложнений. Авторы заключают, что образ жизни хикикомори может быть рискованным поведением, которое может нанести вред

молодому поколению физически, способствуя ожирению и гипертонии и, возможно, другим хроническим заболеваниям.

Биологические факторы хикикомори

Первый отчет, показывающий возможные биомаркеры крови хикикомори и позволяющий приблизиться к пониманию патофизиологии хикикомори, был опубликован в феврале 2018 г. [Hayakawa et al., 2018]. Исследование показало, что черты избегающей личности коррелировали с воспалительными и антиоксидантными маркерами: отрицательно с холестерином липопротеинов высокой плотности (high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C) и мочевой кислотой (uric acid, UA) у мужчин и положительно с продуктами деградации фибрина (fibrin degeneration products, FDP) и высокочувствительным С-реактивным белком (high sensitivity C-reactive protein, hsCRP) у женщин.

HDL-C обладает антиоксидантными, а также противовоспалительными функциями, а UA представляет собой типичный эндогенный антиоксидант, эффективно нейтрализующий реактивные формы кислорода. Окислительный стресс снижает уровень серотонина в головном мозге и был выдвинут на первый план в качестве кандидата в этиологии психических заболеваний, включая депрессию. Например, пациенты с большим депрессивным расстройством и тревожным расстройством имеют низкий уровень UA в плазме. Принимая во внимание взаимосвязь между дисрегуляцией серотонинергической системы и избегающим личностным расстройством, снижение антиоксидантов может индуцировать социальную тревожность и избегающее поведение через окислительный стресс у мужчин.

Как FDP, так и hsCRP связаны с воспалением. FDP оказывает провоспалительное действие, а hsCRP широко используется в клинических условиях как неспецифический маркер острого воспаления. Воспаление в последнее время привлекает внимание в исследовании различных психических проблем, включая тревогу и депрессию. Возможное связующее звено между воспалением и избегающими чертами личности – это ожирение. Ожирение положительно коррелирует с воспалением, а также с избегающим расстройством личности. Эти данные наводят на мысль, что черты избегающей личности могут быть вызваны воспалением, которое влияет на эмоции у женщин.

У лиц с хикикомори были более высокие показатели избегающих черт у обоих полов (что указывает на симптоматическое сходство между хикикомори и избегающим расстройством личности), более

низкие уровни UA в сыворотке крови у мужчин и более низкие уровни HDL-C в сыворотке крови у женщин. Как UA, так и HDL-C имеют общую антиоксидантную активность, что указывает на то, что явление хикикомори возможно связать с окислительным стрессом, а не с воспалением для обоих полов, вопреки ожиданиям. Причина остается неясной, но исследователи предполагают, что активное социальное взаимодействие может вызвать воспаление, а уход от социального взаимодействия может улучшить воспаление, что объясняет небольшое воспаление у лиц с хикикомори.

Контекстно-зависимый подход к пониманию хикикомори

В недавних публикациях обосновывается контекстно-зависимый подход к психическим расстройствам, согласно которому необходимо понимать пациентов в социокультурном контексте с учетом динамических взаимодействий между личностными особенностями, факторами развития и современным социальным контекстом. При этом важность социального и культурного контекста не исключает центральной роли нейрхимии, генетики, темперамента, когнитивных стилей и т. д., но предполагает, что появление расстройства не может быть сведено к этим факторам [Rydera et al., 2015].

Исследователи [Krieg, Dickie, 2013] продемонстрировали эмпирически, что темпераментная застенчивость и отторжение родителей предсказывали амбивалентную привязанность, но амбивалентная привязанность предсказывала хикикомори только в сочетании с отказом сверстников. Авторы утверждают, что их модель объединяет биологические, развивающие и непосредственные социальные объяснения, но призывают уделять внимание социокультурному контексту, в котором эти объяснения находятся.

Причины хикикомори не могут находиться исключительно внутри человека или в непосредственной социальной сети, а скорее возникают из-за столкновения между культурными ценностями и социально-экономическими реалиями [Norasakkunkit, Uchida, 2014]. В частности, отмечается, что синдром возник в то время в японской истории, когда социально-экономическая ситуация хронически не давала многим молодым людям возможности, ценные в их культурном контексте [Toivonen et al., 2011]. Подчеркивается, что хикикомори – это не просто расстройство застенчивости или социальное тревожное расстройство. Скорее, хикикомори лучше понимать как расстройство плохого соответствия между определенными индивидуальными особенностями

стями и более широким социальным контекстом, охватывающее переплетенные объяснения на уровне культуры (например, экономика, социальная структура), психики (например, типы привязанности, специфические межличностные переживания) и мозга (например, неврологическая дисфункция, темперамент).

Ли и Вонг разрабатывают концептуальную основу для обобщения и интеграции расширяющейся литературы по социальному уходу молодежи, согласно которой социальный уход молодежи рассматривается как результат взаимодействия между психологическими, социальными и поведенческими факторами, и предположили, что существует три основных типа процесса социального ухода: сверхзависимость, неадекватная взаимозависимость и контрзависимость [Li, Wong, 2015].

Сверхзависимость. Отмечается, что во многих богатых азиатских обществах молодое поколение, похоже, чрезмерно полагается на родительскую поддержку из-за комфортного социально-экономического фона [Kato et al., 2012] и гиперпротективного стиля родительского воспитания [Тео, 2010]. Благодаря оптимальной поддержке и защите дети могут создать надежную привязанность к своим родителям, однако чрезмерная защита со стороны семьи может лишить детей автономии и возможности исследовать внешний мир и, следовательно, ограничить их психосоциальное развитие [Borovoy, 2008; Suwa et al., 2003]. В свою очередь, такие люди страдают от недостаточных социальных навыков и у них ограничены возможности для развития других межличностных отношений [Umeda, Kawakami, 2012]. Поскольку семья может оказывать адекватную материальную и эмоциональную поддержку этим социально отстраненным молодым людям, они становятся чрезмерно зависимыми и неохотно присоединяются к обществу, ограничиваясь в своих мирах и мыслях. Отмечается, что сверхзависимые социально изолировавшиеся молодые люди могут рассматриваться как наиболее тяжелый случай социальной изоляции. В этих случаях требуется психотерапевтическое вмешательство, потому что такая молодежь может изолироваться в течение длительного периода времени и страдать от серьезных проблем развития и семейных конфликтов. Следовательно, интенсивная индивидуальная психотерапия может потребоваться для облегчения их эмоционального дистресса и тревоги, связанных с задержкой развития, и семейная терапия может потребоваться для решения их семейных проблем [Hattori, 2006].

Неадаптивная взаимозависимость. В конформистских обществах многие молодые люди понимают важность взаимозависимости и осознают негативные последствия не взаимозависимости. Например, некоторые молодые люди жертвуют собой ради коллективного прогресса в социальных ситуациях и чрезмерно осознают свои собственные недостатки [Toivonen et al., 2011]. Они разочаровываются и пессимистично относятся к своей неспособности по сравнению с другими [Chan, Lo, 2013]. Эти молодые люди ограничивают свои аутентичные чувства, индивидуальные интересы и оригинальную личность, чтобы выполнять определенные роли в соответствии с социальными ожиданиями [Todd, 2011], но они вряд ли долго держатся за свои роли [Suwa, Suzuki, 2013]. Они защищают свои роли, используя избегание конкурентных ситуаций и обычных человеческих отношений в качестве защитного механизма, и становятся сверхчувствительными к критике или мнению других [Nagata et al., 2013]. Таким образом, неадекватная взаимозависимость связана с опасением критики и отвержения. Во многих статьях сообщается о большом психологическом воздействии школьных проблем на обучающихся (издевательства, отказ со стороны сверстников), которые в конечном счете прогуливают или выбывают из школы. Но, в отличие от сверхзависимых, неадаптивно взаимозависимые изолировавшиеся молодые люди стремятся связаться с другими людьми и миром. Поэтому после выхода из школы они время от времени выходят, а не остаются дома каждый день. Исследователи полагают, что первичное вмешательство для неадаптивно взаимозависимых молодых людей может включать социальные действия и группы поддержки для разрешения их конфликтов между социальным желанием и страхом [Ogino, 2004]. Подчеркивается, что этих молодых людей нужно очень активно настойчиво привлекать, поскольку они могут не обладать доверием или навыками межличностного общения, чтобы сначала общаться с незнакомыми людьми, в том числе как с неспециалистами, так и профессионалами. При этом отмечается, когда этот тип социально изолировавшейся молодежи длительное время находится в изоляции, у некоторых состояние может значительно ухудшаться, аналогично сверхзависимым лицам. В таких случаях терапевтическое вмешательство может быть сначала использовано для облегчения страданий и уменьшения апатии до предоставления социальных вмешательств.

Контрзависимость. Контрзависимые подростки отказываются от привязанности и зависимости, эти молодые люди были описаны как новаторы, которые сопротивляются социальному соответствию,

уходя [Vorovoy, 2008]. Контрзависимые социально отстраненные подростки обременены высокими ожиданиями своих родителей в отношении достижения. Эти молодые люди страдают от высокого академического давления и стресса, связанного с карьерой в их жизни. Давление и стресс отрицательно сказываются на темпах их саморазвития. Нахождение в социальной изоляции может освободить их от временного давления пунктуальности, необходимости в скорости эффективности, социальных обязанностей и ролевых соответствий [Chong, Chan, 2012]. Без различных ограничений со стороны общества социальный уход способствует личному росту через самонаблюдение [Heinze, Thomas, 2014], формирование идентичности [Furlong, 2008] и поиск личностного смысла [Todd, 2011]. Они уделяют много времени изучению и планированию своего будущего, но их последующая безработица и отсутствие возможностей расстраивают их. Когда они становятся НЕЕТ, они уходят, чтобы бороться за личностный рост или искать смысл жизни. С другой стороны, некоторые исследователи предположили, что социально изолировавшийся индивидум является культурным отбросом из-за его (ее) неспособности к социальным изменениям, а не активного использования альтернатив [Toivonen et al., 2011]. Некоторые исследователи предположили, что недавний сдвиг от коллективизма к индивидуализму в конформистских обществах в Азии вызвал внутренний конфликт между давлением соответствия и импульсом к индивидуализации, что привело к культивированию большего чувства аномии [Furlong, 2008] и повсеместного чувства отчуждения [Todd, 2011]. Молодые люди могут интернализировать различные социальные нормы и ценности парадоксально и в конечном счете убегают от реальности в виртуальный «закрытый мир» своих компьютеров. Отмечается, что хотя социальный уход может быть формой психологического моратория для контрзависимых молодых людей, длительный социальный отход может привести к утрате их коммуникативных и межличностных навыков. Эти молодые люди могут постепенно отказаться от общения или чувствовать себя комфортно, только общаясь посредством цифровых средств. Подобно неадаптивным взаимозависимым молодым людям, их состояние социального отступления станет более тяжелым. В таком случае контрзависимые молодые люди нуждаются в терапевтическом вмешательстве, потому что неудовлетворенные социальные потребности могут привести к психологическим трудностям. После решения психологических проблем социальное вмешательство может

помочь этим молодым людям восстановить социальные навыки и вернуться к своему первоначальному состоянию социального ухода.

Современные методы терапии, интервенции и программы для социально изолировавшихся молодых людей

В Японии в настоящее время насчитывается более пятидесяти финансируемых правительством общественных центров поддержки для хикикомори, расположенных во всех префектурах, предоставляющих такие услуги, как телефонные консультации для членов семьи, создание «мест встреч» для пострадавших людей и поддержку трудоустройства. Кроме того, различные частные учреждения предоставляют терапию хикикомори. Однако отмечается, что до сих пор не существует единого основанного на фактических данных метода для этих государственных / частных интервенций. Четырехступенчатое вмешательство рекомендуется правительственным руководством для хикикомори, включая поддержку семьи и первый контакт с человеком и его / ее оценку; индивидуальную поддержку; обучение в условиях промежуточной переходной группы (например, групповая терапия); пробное (испытательное) социальное участие [Kato, 2018].

Существует три основных типа поставщиков услуг для помощи хикикомори в Японии: 1) центры психического здоровья, которые используют психологические / клинические подходы; 2) общественные сообщества, которые используют неклинические или психосоциальные подходы; и 3) множество других методов, предлагающих альтернативное лечение (например, иппотерапия, совместная кулинария на ферме и онлайн-платформы). Услуги часто зависят от того, как хикикомори определены и поняты, но комплексный план помощи должен включать как клинические, так и социальные подходы [Chan, Lo, 2014c].

В первую очередь программа помощи хикикомори предполагает комплексную клиническую оценку, чтобы исключить наличие психиатрической коморбидности. Если коморбидность присутствует, необходимо предложить соответствующее клиническое лечение. Госпитализация может быть необходима в некоторых случаях серьезных функциональных нарушений, и, возможно, показана соответствующая фармакотерапия и / или психотерапия для лечения сопутствующих заболеваний, таких как шизофрения, депрессия и социальная фобия. Психосоциальные и психотерапевтические вмешательства

также могут потребоваться для профилактики расстройств развития или расстройств личности.

Однако многие из них не имеют такого психиатрического диагноза и считаются «первичными хикикомори». В этих случаях или в случаях, когда сопутствующий диагноз не является главной проблемой или только причиной функциональных нарушений, консультационные услуги, программы посещений на дому, включающие краткие психотерапевтические вмешательства, семейная или групповая терапия наиболее перспективны, хотя существуют методологические проблемы с доступными доказательствами [Li, Wong, 2015]. Могут быть использованы психодинамическая психотерапия и нидотерапия, целью которой является оказание помощи на индивидуально-средовом уровне путем усиленного воздействия на окружающую среду для минимизации ее отрицательного влияния и гармонизации отношений между пациентом и средой [Teo, Kato, 2015; Wilson, 2010]. Отмечается, что длительные разговоры могут способствовать созданию альянса между терапевтами и социально изолировавшимся молодым человеком, чтобы обеспечить молодым людям безопасную базу для консультирования [Krieg, Dickie, 2013]. Терапевты могут терпеливо разговаривать с социально отстраненными подростками [Ogino, 2004], чтобы понять их внутренние психологические ситуации и прошлые травмы привязанности [Hattori, 2006; Wong, 2009]. Отмечается, что доказательств фармакотерапии еще недостаточно, само лечение может быть длительным, поскольку полное и постоянное участие в терапевтическом процессе является редкостью и лишь меньшинство случаев достигает полного социального участия [Lee et al., 2013; Kondo, 2013; Malagón-Amor, 2015; Nagata et al., 2013].

В целом доказательства относительно лечения основаны на небольших сериях случаев или отчетах о случаях с отсутствием рандомизированных контролируемых испытаний [Li, Wong, 2015]. Недавно были опубликованы результаты первого исследования, в котором проанализированы примеры социальной изоляции на большой выборке ($n = 190$) с точки зрения клинических особенностей, развития и реакции на долгосрочное лечение, тем самым предоставлено больше научных данных об этом феномене в западной культуре (исследование проведено в Испании) [Malagón-Amor, 2018]. Было выявлено шесть основных диагностических групп: аффективное, тревожное, психотическое, употребление наркотиков, личностное и другие расстройства Оси I. В целом анализ продемонстрировал хрупкость, тенденцию к рецидиву и разьединению, особенно актуальным в тревожно-аф-

фективной подгруппе. Несмотря на то, что тревожно-аффективная подгруппа продемонстрировала более низкую клиническую тяжесть на начальном уровне (высокую осведомленность о расстройстве, готовность быть связанным добровольно с амбулаторными лечебными центрами), это контрастировало с худшим развитием в течение 12-месячного наблюдения (наблюдалось большее отключение и отказ от лечения с более высоким процентом стойкости изоляции и ухудшением клинического состояния). Когда лечение было более интенсивным (например, госпитализация), то улучшение было более значительным и более стабильным с течением времени (высокий уровень медицинской помощи, лучшие социальные сети). Этот результат наблюдался даже тогда, когда исходные клинические характеристики были более неблагоприятными, например, бедная социальная сеть и психотический диагноз. Эти данные свидетельствуют о том, что лучшим типом лечения является более интенсивное лечение дома или в больнице, изначально сфокусированное на создании терапевтической связи, повышении осведомленности о расстройстве и сотрудничестве до достижения полной реабилитации человека.

Психосоциальные подходы включают проведение групповых мероприятий и создание групп поддержки [Kondo et al., 2013; Nagata et al., 2013], предоставляющих возможности для социально изолированной молодежи общаться с другими людьми. Отмечается, что большинство социально изолированных молодых людей не принимают активного участия в групповых взаимодействиях сначала; скорее, они проявляют сдержанное поведение, слушая разговоры других. Постепенно они начнут разговаривать с организаторами и попытаются принять участие в социальной деятельности [Ogino, 2004]. Тем не менее организаторы должны чутко реагировать на настроение в группах для разных социально изолированных молодых людей [Krieg, Dickie, 2013], проявлять бдительность к стигматизирующим ярлыкам и сообщениям в группах [Wong, 2012] и избегать авторитарного давления [Ogino, 2004]; в противном случае в группах могут возникать конкуренция, конфликт и исключение участника. Что касается форм деятельности, рекомендуется избегать жесткой регламентации [Teo, 2010]. Организаторам рекомендуется делать мероприятия неофициальными, свободно запланированными, гибкими, случайными и даже внезапными [Ogino, 2004; Wong, 2009]. Организаторам также рекомендуется намеренно призывать социально изолировавшихся лиц к участию в мероприятиях [Wong, 2012] и придерживаться соответствующего плана (графика), поскольку интенсивная деятельность

может сделать молодежь истощенной. Интересно, что время и погода могут также влиять на посещаемость социально изолировавшейся молодежи и атмосферу деятельности [Kaneko, 2006]. При необходимости рекомендуются схемы наставничества [Wong, 2009], программы старшего брата и старшей сестры [Borovoy, 2008] и «временных сестер» («сестер в аренду») [Heinze, Thomas, 2014].

Социальные работники и преподаватели предоставляют различные учебные программы для социально отстраненной молодежи. Например, организуется социальное обучение для оснащения таких молодых людей социальными навыками [Borovoy, 2008; Itoh, 2012; Krieg, Dickie, 2013; Тео, 2010], например, управления эмоциями при конфронтации с другими [Hattori, 2006] и навыками межличностного общения, необходимыми для изучения социальных отношений и позволяющими им ощущать чувство связанности [Wong, 2009]. Важное значение имеют также подготовка к работе и помощь в поиске работы [Itoh, 2012; Ogino, 2004], чтобы дать социально изолировавшимся молодым людям больше понимания новой экономики и навыков, необходимых на современном рынке труда [Furlong, 2008]. Предлагается работа с гибким рабочим графиком на пробной основе в рамках учебной или помогающей организации [Kaneko, 2006]. Социально изолировавшиеся лица могут учиться посредством проб и ошибок на работе с неполным рабочим днем и постепенно осознавать свой стиль работы и место в обществе [Heinze, Thomas, 2014].

В целом исследователи согласны с тем, что клиническое лечение нужно назначать при наличии психиатрической коморбидности, но нет никаких оснований полагать, что это должно быть исключением других видов лечения, если они не мешают друг другу. Интегративный подход, объединяющий клиническое лечение (с глубокими знаниями о психическом здоровье) и психосоциальные методы (с акцентом на социальную реинтеграцию, просвещение и культурную специфику), может быть полезен для хикикомори с сопутствующей патологией [Chan, Lo, 2014c].

Первичные случаи хикикомори, вероятно, больше всего выигрывают от психосоциального лечения, но необходима переоценка клинициста через некоторое время, чтобы он мог убедиться, что пациент все еще не показывает признаков психиатрических симптомов.

В качестве одной из приоритетных задач для проведения будущих международных и демографических исследований отмечается необходимость разработки инструментов оценки, основанных на доказательствах, таких как структурированные диагностические интервью,

инструменты скрининга и онлайн-системы, которые помогут оценить факторы риска и эффективность вмешательств.

Один из ведущих исследователей проблемы социальной изоляции молодежи Такахиро Като отмечает, что недавно был создан клинический научно-исследовательский центр хикикомори в университетской больнице для разработки научно обоснованных терапевтических подходов в сотрудничестве с государственными / частными центрами поддержки хикикомори. Исследователь отмечает, что в качестве первого шага планируется попытка установить основанную на фактических данных образовательную программу для родителей людей с хикикомори, потому что в большинстве случаев первая консультация проводится с ними. Из-за предрассудков и недостатка знаний, во многих случаях члены семьи не могут напрямую реагировать на людей с этой проблемой, не могут вмешаться вообще и, как правило, закрывают глаза на многие годы, вместо того, чтобы вовремя помочь. Т. Като подчеркивает, что работа с родителями для помощи лицам с хикикомори имеет важное значение для раннего вмешательства.

Отмечается, что социальный уход как поведение, связанное с избеганием, может задержать обращение человека за помощью [Chong, Chan, 2012]. Чем дольше период социальной изоляции, тем сложнее для социально отстраненной молодежи сделать шаг к доступу или получению профессиональной помощи [Wong, 2012]. В Японии две трети социально изолировавшихся молодых людей не рассматривают встречу с медицинскими работниками [Heinze, Thomas, 2014] и только в тяжелых случаях посещают медицинские центры [Kooyama et al., 2010]. Хотя эти молодые люди иногда берут на себя инициативу обращаться за помощью, они используют эту возможность через несколько лет после запроса и прекращают услуги без уведомления [Kaneko, 2006].

Первое кросскультурное исследование предпочтений в лечении показало, что 78 % участников (представители четырех стран: Индии, Японии, Кореи и Соединенных Штатов), имевших опыт социальной изоляции, отдавали значительно большее предпочтение психотерапии над фармакотерапией, индивидуальной терапии над телепсихиатрией (практикуемой на дистанции посредством информационных и коммуникационных технологий), в целом предпочитали обращаться к специалистам по психическому здоровью по сравнению с поставщиками первичной медико-санитарной помощи [Teo et al., 2014]. Фактически некоторые социально отозванные молодые люди не хотят иметь никакого лечения, потому что они могут рассматривать соци-

альный уход как образ жизни, а не проблемное состояние [Chan, Lo, 2013; Sakamoto et al., 2005], однако готовы искать поддержку в Интернете [Wong et al., 2014]. В качестве инновационных методов помощи обсуждается использование современных цифровых средств, например платформ онлайн-игр для выхода на скрытую молодежь и установление доверительного контакта (исследования показывают, что сосредоточение внимания на интересах и сильных сторонах социально изолировавшихся молодых людей может помочь завоевать доверие и создать союз помощи во время процесса взаимодействия) [Ibid.]. Рассматривается возможность сбалансированного применения новых игр, использующих технологии дополненной реальности (например, Pokémon Go), как новой терапевтической стратегии, которая может дать преимущества в процессе лечения хикикомори: использоваться для повышения непрерывной самомотивации, чтобы выйти из затворничества и войти в терапевтическую ситуацию и общество [Kato, 2017].

Для оптимизации профилактических и интервенционных воздействий отмечается необходимость проведения исследований, использующих качественные методы анализа для лучшего понимания причин изоляции и возвращения в общество. Пилотное исследование показало, что можно выделить три основные причины социального ухода: частный статус (многие молодые люди отмечали, что уход позволяет им заниматься тем, что им интересно), «дефрендинг-спираль» (отражает взаимовлияние социальной изоляции и отсутствия отношений со сверстниками: в результате травматичного опыта вследствие недостаточности коммуникативных навыков у молодых людей формируется недоверие к другим, а длительный период изоляции приводит к сокращению социальных сетей из-за выключенности из активной социальной жизни), приостановка опыта (сначала многие говорили о том, что им нравилось находиться в изоляции и что впервые они когда-либо чувствовали себя свободными от многих ограничений и сроков, которым они должны были следовать раньше; затем они погрузились в действия, которые были наиболее привлекательными для них, например, онлайн-игры, просмотр фильмов, чтение книг или манга; однако после начального периода наслаждения многие из них начали терять свое направление во время этого переходного периода, стали отмечать смущение, дезориентацию, которая повлияла на нормальное функционирование, в том числе на способность общаться, социальный уход постепенно приводил к ощущению апатии – развивающегося отсутствия интереса, мотивации, чувств и эмоций). Когда молодые

люди вспоминали свой опыт выхода из своего затворнического состояния, они обычно идентифицировали самомотивирование и активное участие социальных работников в качестве основных факторов, способствующих этому изменению. Несмотря на то, что многие молодые люди не проявляли интерес к социальным работникам во время их посещения, не отвечали на вопросы, они слушали их, и в результате, как отмечают сами участники, посещение социальных работников и настойчивое участие сыграли важную роль в мотивации молодых людей к самоанализу в отношении их положения и отказа от социального ухода – процессу, который они назвали «просыпающимся» от социального ухода. Социально отозванные молодые люди оценили предлагаемые им возможности и попытались улучшить себя и свою жизнь («Поскольку я могу почувствовать, являются ли люди подлинными при разговоре, я более чувствителен к намерениям людей. По крайней мере, я чувствовал, что он [социальный работник] действительно хотел мне помочь, поэтому я был не прочь увидеть его»). В качестве основных факторов, суммирующих процесс реинтеграции, для работы с социально изолированными молодыми людьми предлагаются: перебалансирование своего идеального «я» с реальностью, повторное подключение к настроенным людям и восстановление импульса в жизни [Li, Wong, 2017].

Заключение

Несмотря на распространенность феномена социальной изоляции молодежи, в современном обществе отмечается недостаточная разработанность научно обоснованных профилактических и интервенционных воздействий, что связано с противоречивым пониманием самого феномена. В то время как психиатры рассматривают социальный уход молодежи в качестве болезни, требующей разработки диагностических критериев, которые должны быть включены в МКБ-11 и будущие версии DSM, разработки инструментов оценки, которые помогут оценить факторы риска и эффективность психотерапевтических вмешательств [Kato et al., 2018], некоторые социологи описали это как другую социальную проблему молодежи, такую как NEET (Not in Education, Employment, or Training, понятие, которое впервые было использовано в Великобритании для обозначения молодых людей не работающих, не занятых образованием или обучением [Bunney, Parsons, 2002]), и предполагающую другие, не фармакологические методы помощи. Некоторые исследователи предположили, что уход

из общества является предпочтительным образом жизни молодых людей, и чем дольше они находятся в изоляции, тем лучше их качество жизни, пока существует социальная поддержка, и, следовательно, проблема не должна рассматриваться как проблема [Chan, Lo, 2013]. В то же время, как отмечают исследователи, из-за диверсификации взглядов на помощь этим молодым людям, некоторые, если не многие из группы риска, не могут быть вовремя идентифицированы и получить соответствующую помощь.

Список литературы

Biddle S. J., Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews // *British Journal of Sports Medicine*. 2011. Vol. 45. P. 886–895.

Borovoy A. Japan's Hidden Youths: Mainstreaming the Emotionally Distressed in Japan // *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2008. Vol. 32. P. 552–576. doi: 10.1007/s11013-008-9106-2

Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment, vol. 1. Second Edition. New York: Basic Books, 1982 [1969].

Bynner J., Parsons S. Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment, or training (NEET) // *Journal of Vocational Behavior*. 2002. Vol. 60. P. 289–309.

Carli V., Durkee T., Wasserman D., Hadlaczky G., Despalins R., Kramarz E., Wasserman C., Sarchiapone M., Hoven C. W., Brunner R., Kaess M. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review // *Psychopathology*. 2013. Vol. 46. P. 1–13. <https://doi.org/10.1159/000337971>

Carli V., Hoven C. W., Wasserman C., Chiesa F., Guffanti G., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J., Brunner R., Corcoran P., Cosman D., Haring C., Iosue M., Kaess M., Kahn J. P., Keeley H., Postuvan V., Saiz P., Varnik A., Wasserman D. A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 78–86.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Do friendship and intimacy in virtual communications exist? An investigation of online friendship and intimacy in the context of hidden youth in Hong // *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*. 2014a. Vol. 47. P. 117–136.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Family relationships and the self-esteem of hidden youth: A power dynamics perspective // *Journal of Family Issues*. 2014b. DOI: 10.1177/0192513X14537479.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Quality of life of the hidden youth in Hong Kong // *Applied Research in Quality of Life*. 2013. Vol. 9. P. 951–969.

Chan G. H., Lo T. W. The effect of negative experiences on delinquent behavior of youth in a social withdrawal situation // *Journal of Adolescence*. 2016. Vol. 50. P. 69–80. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.002>

Chan G. H.-y., Lo T. W. Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan // *Children and Youth Services Review*. 2014. Vol. 42. P. 118–126.

Chauliac N., Couillet A., Faivre S., Brochard N., Terra J.-L. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2017. Vol. 63 (4). P. 339–344. doi: 10.1177/0020764017704474

Chong S. S.-c., Chan K.-M. A case study of a Chinese ‘hikikomorian’ in Canada: Theorizing the process of hikikomORIZATION // *Journal of Special Education and Rehabilitation*. 2012. Vol. 13 (3–4). P. 99–114.

Clarke G., Harvey A. G. The complex role of sleep in adolescent depression // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012. Vol. 21. P. 385–400.

De Luca M. Hikikomori: Cultural idiom or present-day expression of the distress engendered by the transition from adolescence to adulthood // *L'évolution psychiatrique*. 2017. T. 82. P. 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.11.005>

Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company, 1950.

Erikson E. H. *Identity, Youth, and Crisis*, 1st Edition. New York: W.W. Norton & Company, 1968.

Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people // *The Sociological Review*. 2008. Vol. 56. P. 309–325.

Furuhashi T., Tsuda H., Ogawa T., Suzuki K., Shimizu M., Teruyama J., Horiguchi S., Shimizu K., Sedooka A., Figueiredo C., Pionnié-Dax N., Tajan N., Fansten M., Vellut N., Castel P.-H. État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori) // *L'évolution psychiatrique*. 2013. T. 78. P. 249–266.

Gondim F. A. A., Aragão A. P., Holanda Filha J. G., Messias E. L. M. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 30. P. 163–164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.009>

Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients // *Journal of Trauma Practice*. 2006. Vol. 4. P. 181–201.

Hayakawa K., Kato T. A., Watabe M., Teo A. R., Horikawa H., Kuwano N., Shimokawa N., Sato-Kasai M., Kubo H., Ohgidani M., Sagata N., Toda H., Tateno M., Shinfuku N., Kishimoto J., Kanba S. Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome // *SCIENTIFIC RepOrTS*. 2018. Vol. 8. doi:10.1038/s41598-018-21260-w

Heinze U., Thomas P. Self and salvation: Visions of hikikomori in Japanese manga // *Journal of the German Institute for Japanese Studies Tokyo*. 2014. Vol. 26 (1). P. 151–169. doi: 10.1515/cj-2014-0007

Hirota T. Interview with Dr. Takahiro Kato // *World Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Issue 7. P. 12–16.

Itoh K. Difficulties faced by hikikomori: From the life history in autobiographies and private papers // *KG Sociological Review*. 2012. Vol. 1. P. 137–141.

Kaneko S. Japan's 'socially withdrawn youths' and time constraints in Japanese society: Management and conceptualization of time in a support group for hikikomori // *Time and Society*. 2006. Vol. 15. P. 233–249.

Kasahara Y. Proposition of a new category called retreat neurosis // *Nakai H., Yamanaka Y.* Psychopathology and treatment of adolescence. Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppan, 1978. P. 287–319.

Kasahara Y. Student apathy syndrome. Tokyo: Iwanami Shoten, 1984.

Kato T. A., Kanba S., Teo A. R. Hikikomori: experience in Japan and international relevance // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. Issue 1. P. 105–106. doi:10.1002/wps.20497

Kato T. A., Teo A. R., Tateno M., Watabe M., Kubo H., Kanba S. Can Pokémon GO rescue shut-ins (hikikomori) from their isolated world? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017. Vol. 71. Issue 70. P. 75–76. doi:10.1111/pcn.12481

Kato T., Tateno M., Shinfuku T., Fujisawa D., Teo A. R., Sartorius N., Akiyama T., Ishida T., Choi T. Y., Balhara Y. P. S., Matsumoto R., Umene-Nakano W., Fujimura Y., Wand A., Chang J. P.-C., Chang R. Y.-F., Shadloo B., Ahmed H. U., Lerthattasilp T., Kanba S. Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012. Vol. 47 (7). P. 1061–75. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>

Kim J., Ronald M. R., Kyung J. O., Hye-Shin M. Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and

South Korean students // *Journal of Adolescence*. 2008. Vol. 31. Issue 5. P. 543–563. URL: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.011>

Kinugasa T. Young adults and withdrawing // *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*. 1998. Special issue. P. 147–152.

Kondo N., Sakai M., Kuroda Y., Kiyota Y., Kitabata Y., Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 79–86.

Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of 'hikikomori' in a community population in Japan // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 176. P. 69–74. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.019

Krieg A., Dickie J. R. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 61–72.

Lee Y. S., Lee J. Y., Choi T. Y., Choi J. T. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013. Vol. 67. P. 193–202. doi:10.1111/pcn.12043

Li T. M. H., Wong P. W. C. Editorial Perspective: Pathological social withdrawal during adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56. Issue 10. P. 1039–1041. doi:10.1111/jcpp.12440

Li T. M. H., Wong P. W. C. Withdrawal experience and possible way-outs from withdrawal behavior in young people // *Qualitative Social Work*. 2017. P. 1–19. doi: 10.1177/1473325016688369

Li T. M. H., Wong P. W. C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 49 (7). P. 595–609. doi: 10.1177/0004867415581179

Lock M. Plea for acceptance: school refusal syndrome in Japan // *Social Science and Medicine*. 1986. Vol. 23. No. 2. P. 99–112. URL: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90359-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90359-X)

Malagón-Amor Á., Córcoles-Martínez D., Martín-López L. M., Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: a descriptive study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2015. Vol. 61 (5). P. 475–483. doi: 10.1177/0020764014553003

Malagón-Amor Á., Martín-López L. M., Córcoles D., González A., Bellsolà M., Teo A. R., Pérez V., Bulbena A., Bergé D. A 12-month study

of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal // *Psychiatry Research*. 2018. pii: S0165-1781(17)31734-1. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.060.

Masataka N. Low anger-aggression and anxiety-withdrawal characteristic to preschoolers in Japanese society with 'hikikomori' is becoming a major social problem // *Early Education and Development*. 2002. Vol. 13. P. 187–199.

Mikulincer M., Shaver P. R. An attachment perspective on loneliness // *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* / Eds. R. J. Coplan, J. C. Bowker. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013. P. 34–50.

Ministry of Health, Labour and Welfare Guidelines for Assessment and Support of Hikikomori. Tokyo, Japan: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.

Ministry of Health, Labour and Welfare Community Mental Health Intervention Guidelines aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2003.

Nagata T., Yamada H., Teo A. R., Yoshimura C., Nakajima T., van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series // *International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. P. 73–78. doi: 10.1177/0020764011423184

Norasakkunkit V., Uchida Y. To Conform or to Maintain Self-Consistency? Hikikomori Risk in Japan and the Deviation From Seeking Harmony // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2014. Vol. 33. Special Issue: Cultural-Clinical Psychology. P. 918–935. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.10.918>

Ogino T. Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomorians // *International Journal of Japanese Sociology*. 2004. Vol. 13. P. 120–133.

Ovejero S., Caro-Cañizares I., de León-Martínez V., Baca-García E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain // *International Journal of Social Psychiatry*. 2014, Vol. 60 (6). P. 562–565. doi: 10.1177/0020764013504560

Rydera A. G., Sunohara M., Kirmayer L. J. Culture and personality disorder: from a fragmented literature to a contextually grounded alternative // *Current Opinion in Psychiatry*. 2015. Vol. 28 (1). P. 40–45.

Sagliocco G., Bartolomeo C., Improta E., De Rogatis M., Pinto G., Sarano S., Ciufferri M. G., Mancini F., Grieco F., Vivard E., Gemelli M., Pa-

store C., Ricci C., Sagliocco G., Trojano G. Hikikomori and adolescence. Phenomenology of self-reclusion. Mimesis, 2011.

Saito T. Hikikomori: Adolscence without End. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press, 2013.

Sakamoto N., Martin R. R., Kumano H., Tomifusa K., Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidothrapy and a clinical vignette from Oman // The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2005. Vol. 35 (2) P. 191–198. doi: 10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1

Stip E., Thibault A., Beauchamp-Chatel A., Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis // Front Psychiatry. 2016. Vol. 7. Issue 6. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00006

Suwa M., Suzuki K. The phenomenon of ‘hikikomori’ (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today // Journal of Psychopathology. 2013. Vol. 19. P. 191–198.

Suwa M., Suzuki K., Hara K., Watanabe H., Takahashi T. Family features in primary social withdrawal among young adults // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2003. Vol. 57. P. 586–594.

Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2015. Vol. 63. P. 324–331

Tajan N., Yukiko H., Pionnié-Dax N. Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal // The Asia-Pacific Journal Japan Focus. 2017. Vol. 15. Issue 5. No. 1. URL: <https://apjff.org/2017/05/Tajan.html>

Tateno M., Park T. W., Kato T. A., Umene-Nakano W., Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey // BMC Psychiatry. 2012. Vol. 12. Issue 1. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/169>

Teo A. R., Fetters M. D., Stufflebam K., Tateno M., Balhara Y., Choi T. Y., Kanba S., Mathews C. A., Kato T. A. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries // International Journal of Social Psychiatry, 2015. P. 1–9. doi: 10.1177/0020764014535758

Teo A. R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori // International Journal of Social Psychiatry. 2010. Vol. 56 (2). P. 178–185. doi: 10.1177/0020764008100629

Teo A. R., Gaw A. C. Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V // Journal

of Nervous and Mental Disease. 2010. Vol. 198. P. 444–449. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e086b1

Teo A. R., Kato T. A. The prevalence and correlates of severe social withdrawal in Hong Kong // *International Journal of Social Psychiatry*. 2015. Vol. 60. Issue 1. P. 101–102. doi:10.1177/0020764014554923

Teo A. R., Saha S., Stufflebam K., Fetters M. D., Tateno M., Kanba S., Kato T. A. Psychopathology associated with social withdrawal: idiopathic and comorbid presentations // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 228 (1). P. 182–183. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.033.

Teo A. R., Stufflebam K. W., Kato T. A. The intersection of culture and solitude: The hikikomori phenomenon in Japan // *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* / Eds. R. J. Coplan, J. C. Bowker. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013. P. 445–460.

Todd K. H. L. Hikikomoria: Existential horror or national malaise? // *Southeast Review of Asian Studies*. 2011. Vol. 33. P. 135–147.

Toivonen T., Norasakkunkit V., Uchida Y. Unable to Conform, Unwilling to Rebel? Youth, Culture, and Motivation in Globalizing Japan // *Frontiers in Psychology*. 2011. Vol. 2. Art. 207. doi:10.3389/fpsyg.2011.00207.

Tomita F. Leaving from Hikikomori. Tokyo: Heart Shuppan, 1992.

Uchida C. Apathetic and withdrawing students in Japanese universities – with regard to Hikikomori and student apathy // *Journal of Medical and Dental*. 2010. Vol. 57. P. 95–108. URL: <https://doi.org/10.11480/jmds.570111>

Umeda M., Kawakami N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012. Vol. 66. P. 121–129.

Wilson S. Braintance of the hikikomori: towards a return to speculative psychoanalysis // *Paragraph*. 2010. Vol. 33 (3). P. 392–409. doi:10.3366/para.2010.0206

Wong P. W., Li T. M., Chan M., Law Y., Chau M., Cheng C., Fu K. W., Bacon-Shone J., Yip Paul S. F. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: a cross-sectional telephone-based survey study // *International Journal of Social Psychiatry*. 2014. P. 1–13. doi: 10.1177/0020764014543711

Wong P. W. C., Liu L. L., Li T. M. H., Kato T. A., Teo A. R. Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China? // *Asian Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 30. P. 175–176. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.026>

Wong V. Social withdrawal as invisible youth disengagement // The International Journal of Sociology and Social Policy. 2012. Vol. 32. P. 415–430.

Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications // Journal of Social Work Practice. 2009. Vol. 23. P. 337–352.

Yuen J. W. M., Yan Y. K. Y., Wong V. C. W., Tam W. W. S., So K.-W., Chien W. T. A. Physical Health Profile of Youths Living with a «Hikikomori» Lifestyle // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018. Vol. 15. Art. 315. doi:10.3390/ijerph15020315

Материал поступил в редколлегию 03.04.2018

Ya. S. Lyakina

*Novosibirsk State University
1 Pirogov Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

lyakina@fp.nsu.ru

THE PHENOMENON OF HIKIKOMORI: REVIEW OF STUDIES

Objective. Japan's hikikomori phenomenon (acute and/or severe social withdrawal behavior among youth) is considered as growing international socio-psychological problem, more youth social withdrawal cases in different countries have been discovered recently. The purpose of this paper is to consolidate the results of studies conducted in Japan and other countries to provide a better understanding of the phenomenon of hikikomori.

Method. This review examined the current available scientific information on youth social withdrawal in the academic databases: Scopus, ScienceDirect, Web of Science and PubMed.

Results. As a result of our analysis of the studies we synthesized the information into the following categories: (1) definitions of hikikomori, (2) hikikomori and mental disorder, (3) developmental theories, (4) factors associated with youth social withdrawal and (5) interventions for socially withdrawn youths. Accordingly, there are diverse and controversial

definitions for youth social withdrawal. Studies of youth social withdrawal are based on models that lead to quite different conclusions. Researchers with an attachment perspective view youth social withdrawal as a negative phenomenon, whereas those who adopt Erikson's developmental theory view it more positively as a process of seeking self-knowledge. Different interventions for socially withdrawn youths have been developed, mainly in Japan, but evidence-based practice is almost non-existent.

Conclusion. The analysis demonstrated the heterogeneity of the phenomenon of hikikomori, different subgroups were identified. Researchers proposed a theoretical framework that views youth social withdrawal as resulting of interaction between psychological, family, sociocultural, behavioral and biological factors. Future validation of the framework will help drive forward advances in theory and interventions for youth social withdrawal as an emerging issue in developed countries.

Keywords: hikikomori, youth social withdrawal, attachment theory, stages of psychosocial development theory, contextually grounded approach to research mental disorder.

References

Biddle S. J., Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 2011, 45, 886–895.

Borovoy A. Japan's Hidden Youths: Mainstreaming the Emotionally Distressed in Japan. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2008, 32, 552–576. doi: 10.1007/s11013-008-9106-2

Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*, 1982 [1969], vol. 1. Second Edition. New York, Basic Books.

Bynner J., Parsons S. Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment, or training (NEET). *Journal of Vocational Behavior*, 2002, 60, 289–309.

Carli V., Durkee T., Wasserman D., Hadlaczky G., Despalins R., Kramarz E., Wasserman C., Sarchiapone M., Hoven C. W., Brunner R., Kaess M. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 2013, 46, 1-13. <https://doi.org/10.1159/000337971>

Carli V., Hoven C. W., Wasserman C., Chiesa F., Guffanti G., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J., Brunner R., Corcoran P., Cosman D., Har-

ing C., Iosue M., Kaess M., Kahn J. P., Keeley H., Postuvan V., Saiz P., Varnik A., Wasserman D. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 2014, 13, 78–86.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Do friendship and intimacy in virtual communications exist? An investigation of online friendship and intimacy in the context of hidden youth in Hong. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 2014a, 47, 117–136.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Family relationships and the self-esteem of hidden youth: A power dynamics perspective. *Journal of Family Issues*, 2014b, DOI: 10.1177/0192513X14537479.

Chan G. H. Y., Lo T. W. Quality of life of the hidden youth in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 2013, 9, 951–969.

Chan G. H., Lo T. W. The effect of negative experiences on delinquent behavior of youth in a social withdrawal situation. *Journal of Adolescence*, 2016, 50, 69–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.002>

Chan G. H.-y., Lo T. W. Hidden youth services: What Hong Kong can learn from Japan. *Children and Youth Services Review*, 2014, 42, 118–126.

Chauliac N., Couillet A., Faivre S., Brochard N., Terra J.-L. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2017, 63 (4), 339–344. doi: 10.1177/0020764017704474

Chong, S. S.-c., Chan, K.-M. A case study of a Chinese ‘hikikomorian’ in Canada: Theorizing the process of hikikomORIZATION. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 2012, 13(3–4), 99–114.

Clarke G., Harvey A. G. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2012, 21, 385–400.

De Luca M. Hikikomori: Cultural idiom or present-day expression of the distress engendered by the transition from adolescence to adulthood. *L'évolution psychiatrique*, 2017, 82, 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evo-psy.2016.11.005>

Erikson E. H. *Childhood and Society*. New York, W. W. Norton and Company, 1950.

Erikson E. H. *Identity, Youth, and Crisis*, 1st Edition. New York, W.W. Norton and Company, 1968.

Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 2008, 56, 309–325.

Furuhashi T., Tsuda H., Ogawa T., Suzuki K., Shimizu M., Teruyama J., Horiguchi S., Shimizu K., Sedooka A., Figueiredo C., Pionnié-Dax N., Tajan N., Fansten M., Vellut N., Castel P.-H. Current situation, commonalities and differences between socially withdrawn young adults (Hikikomori) in France and Japan. *L'évolution psychiatrique*, 2013, 78, 249–266.

Gondim F. A. A., Aragão A. P., Holanda Filha J. G., Messias E. L. M. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal. *Asian Journal of Psychiatry*, 2017, 30, 163–164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.009>

Hattori Y. Social withdrawal in Japanese youth: A case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice*, 2006, 4, 181–201.

Hayakawa K., Kato T. A., Watabe M., Teo A. R., Horikawa H., Kuwano N., Shimokawa N., Sato-Kasai M., Kubo H., Ohgidani M., Sagata N., Toda H., Tateno M., Shinfuku N., Kishimoto J., Kanba S. Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. *SCIENTIFIC RepOrTS*, 2018, 8:2884. doi:10.1038/s41598-018-21260-w

Heinze U., Thomas P.() Self and salvation: Visions of hikikomori in Japanese manga. *Journal of the German Institute for Japanese Studies Tokyo*, 2014, 26 (1), 151–169. doi: 10.1515/cj-2014-0007

Hirota T. Interview with Dr. Takahiro Kato. *World Child & Adolescent Psychiatry*, 2014, 7, 12–16.

Itoh K. Difficulties faced by hikikomori: From the life history in autobiographies and private papers. *KG Sociological Review*, 2012, 1, 137–141.

Kaneko S. Japan's 'socially withdrawn youths' and time constraints in Japanese society: Management and conceptualization of time in a support group for hikikomori. *Time and Society*, 2006, 15, 233–249.

Kasahara Y. Proposition of a new category called retreat neurosis. In Nakai H., Yamanaka Y. *Psychopathology and treatment of adolescence*. Tokyo, Iwasaki Gakujutsu Shuppan, 1978, p. 287–319.

Kasahara Y. *Student apathy syndrome*. Tokyo, Iwanami Shoten, 1984.

Kato T. A., Kanba S., Teo A. R. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, 2018, 17:1, 105–106. doi:10.1002/wps.20497

Kato T. A., Teo A. R., Tateno M., Watabe M., Kubo H., Kanba S. Can Pokémon GO rescue shut-ins (hikikomori) from their isolated world? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017, 71: 70, 75–76. doi:10.1111/pcn.12481

Kato T., Tateno M., Shinfuku T., Fujisawa D., Teo A. R., Sartorius N., Akiyama T., Ishida T., Choi T. Y., Balhara Y. P. S., Matsumoto R., Umene-Nakano W., Fujimura Y., Wand A., Chang J. P.-C., Chang R. Y.-F., Shadloo B., Ahmed H. U., Lerthattasilp T., Kanba S. Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012, 47(7):1061–75. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>

Kim J., Ronald M. R., Kyung J. O., Hye-Shin M. Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 2008, 31(5), 543–563. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.011>

Kinugasa T. Young adults and withdrawing. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, Special issue, 1998, 147–52.

Kondo N., Sakai M., Kuroda Y., Kiyota Y., Kitabata Y., Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011, 59, 79–86.

Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of ‘hikikomori’ in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 2010, 176, 69–74. doi:10.1016/j.psychres.2008.10.019

Krieg A., Dickie J. R. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 61–72.

Lee Y. S., Lee J. Y., Choi T. Y., Choi J. T. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2013, 67, 193–202. doi:10.1111/pcn.12043

Li T. M. H., Wong P. W. C. Editorial Perspective: Pathological social withdrawal during adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, 56(10), 1039–1041. doi:10.1111/jcpp.12440

Li T. M. H., Wong P. W. C. Withdrawal experience and possible way-outs from withdrawal behavior in young people. *Qualitative Social Work*, 2017, 1–19. doi: 10.1177/1473325016688369

Li T. M. H., Wong P. W. C. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aus-*

tralian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2015, 49(7), 595–609. doi: 10.1177/0004867415581179

Lock M. Plea for acceptance: school refusal syndrome in Japan. *Social Science and Medicine*, 1986, 23(2), 99–112. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90359-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90359-X)

Malagón-Amor Á., Córcoles-Martínez D., Martín-López L. M., Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: a descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2015, 61(5), 475–483. doi: 10.1177/0020764014553003

Malagón-Amora Á., Martín-López L. M., Córcoles D., González A., Bellsolà M., Teo A. R., Pérez V., Bulbena A., Bergéa D. A 12-month study of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Clinical characterization and different subtypes proposal. *Psychiatry Research*, 2018, pii: S0165-1781(17)31734-1. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.060.

Masataka N. Low anger-aggression and anxiety-withdrawal characteristic to preschoolers in Japanese society with ‘hikikomori’ is becoming a major social problem. *Early Education and Development*, 2002, 13, 187–199.

Mikulincer M., Shaver P. R. An attachment perspective on loneliness // In Coplan R. J., Bowker J. C. (eds) *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013, p. 34–50.

Ministry of Health, Labour and Welfare Guidelines for Assessment and Support of Hikikomori. Tokyo, Japan, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2010.

Ministry of Health, Labour and Welfare Community Mental Health Intervention Guidelines aimed at Socially Withdrawn Teenagers and Young Adults. Tokyo, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2003.

Nagata T., Yamada H., Teo A. R., Yoshimura C., Nakajima T., van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013, 59, 73–78. doi: 10.1177/0020764011423184

Norasakkunkit V., Uchida Y. To Conform or to Maintain Self-Consistency? Hikikomori Risk in Japan and the Deviation From Seeking Harmony. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2014, 33, Special Issue: Cultural-Clinical Psychology, 918–935. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.10.918>

Ogino T. Managing categorization and social withdrawal in Japan: Rehabilitation process in a private support group for hikikomorians. *International Journal of Japanese Sociology*, 2004, 13, 120–133.

Ovejero S., Caro-Cañizares I., de León-Martínez V., Baca-García E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 60(6), 562–565. doi: 10.1177/0020764013504560

Rydera A. G., Sunohara M., Kirmayer L. J. Culture and personality disorder: from a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Current opinion in psychiatry*, 2015, 28 (1), 40–45.

Sagliocco G., Bartolomeo C., Improta E., De Rogatis M., Pinto G., Sarano S., Ciuffferri M. G., Mancini F., Grieco F., Vivard E., Gemelli M., Pastore C., Ricci C., Sagliocco G., Trojano G. *Hikikomori and adolescence. Phenomenology of self-reclusion*, 2011, Mimesis.

Saito T. *Hikikomori: Adolscence without End*. Minneapolis, Univ. of Minnesota Press, 2013.

Sakamoto N., Martin R. R., Kumano H., Tomifusa K., Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2005, 35(2), 191–198. doi: 10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1

Stip E., Thibault A., Beauchamp-Chatel A., Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis. *Front Psychiatry*, 2016, 7 (6). doi: 10.3389/fpsyt.2016.00006

Suwa M., Suzuki K. The phenomenon of ‘hikikomori’ (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, 2013, 19, 191–198.

Suwa M., Suzuki K., Hara K., Watanabe H., Takahashi T. Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003, 57, 586–594.

Tajan N. Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2015, 63, 324–331

Tajan N., Yukiko H., Pionnié-Dax N. Hikikomori: The Japanese Cabinet Office's 2016 Survey of Acute Social Withdrawal. *The Asia-Pacific Journal Japan Focus*, 2016, 15. Issue 5. No. 1. <https://apjjf.org/2017/05/Tajan.html>

Tateno M., Park T. W., Kato T. A., Umene-Nakano W., Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey.

BMC Psychiatry, 2012, 12:169. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/169>

Teo A. R., Fetters M. D., Stufflebam K., Tateno M., Balhara Y., Choi T. Y., Kanba S., Mathews C. A., Kato T. A. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 1–9. doi: 10.1177/0020764014535758

Teo A. R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *International Journal of Social Psychiatry*, 2010, 56(2), 178–185. doi: 10.1177/0020764008100629

Teo A. R., Gaw A. C. Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 444–449. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e086b1

Teo A. R., Kato T. A. (2015) The prevalence and correlates of severe social withdrawal in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 2010, 61(1):102. doi:10.1177/0020764014554923

Teo A. R., Saha S., Stufflebam K., Fetters M. D., Tateno M., Kanba S., Kato T. A. Psychopathology associated with social withdrawal: idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research*, 2015, 228(1), 182–183. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.033.

Todd K. H. L. Hikikomani: Existential horror or national malaise? *Southeast Review of Asian Studies*, 2011, 33, 135–147.

Toivonen T., Norasakkunkit V., Uchida Y. Unable to Conform, Unwilling to Rebel? Youth, Culture, and Motivation in Globalizing Japan. *Frontiers in Psychology*, 2011, 2:207. doi:10.3389/fpsyg.2011.00207.

Tomita F. *Leaving from Hikikomori*. Tokyo, Heart Shuppan, 1992.

Uchida C. Apathetic and withdrawing students in Japanese universities – with regard to Hikikomori and student apathy. *Journal of Medical and Dental*, 2010, 57, 95–108. <https://doi.org/10.11480/jmds.570111>

Umeda M., Kawakami N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2012, 66, 121–129.

Wilson S. Braindance of the hikikomori: towards a return to speculative psychoanalysis. *Paragraph*, 2010, 33(3), 392–409. doi:10.3366/para.2010.0206

Wong P. W., Li T. M., Chan M., Law Y., Chau M., Cheng C., Fu K. W., Bacon-Shone J., Yip Paul S. F. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: a cross-sectional tele-

phone-based survey study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 1–13. doi: 10.1177/0020764014543711

Wong P. W. C., Liu L. L., Li T. M. H., Kato T. A., Teo A. R. Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China? *Asian Journal of Psychiatry*, 2017, 30, 175–176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.026>

Wong V. Social withdrawal as invisible youth disengagement. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 2012, 32, 415–430.

Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *Journal of Social Work Practice*, 2009, 23, 337–352.

Yuen J. W. M., Yan Y. K. Y., Wong V. C. W., Tam W. W. S., So K.-W., Chien W. T. A Physical Health Profile of Youths Living with a «Hikikomori» Lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, vol. 15, p. 315. doi:10.3390/ijerph15020315