УДК 616.89:612.014

О. С. Чабан, І. О. Франкова

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ САМОІЗОЛЯЦІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Стаття присвячена розгляду нової дефініції – гострої соціальної самоізоляції, проаналізовано вплив біопсихосоціальних факторів та інші можливі причини виникнення даного феномена, зв'язок гострої соціальної самоізоляції з реалізацією віктимної поведінки. Також у статті увага приділяється до клініко-психологічних особливостей психічної сфери пацієнтів з гострою самоізоляцією на прикладі клінічного випадку.

Ключові слова: соціальна ізоляція, гостра соціальна самоізоляція, саморуйнівна поведінка, віктимність

The article discusses the new definition – acute social withdrawal, the influence of biopsychosocial factors and other possible causes of this phenomenon, connection of acute social withdrawal with the realization of victim behavior. The article also pay attention to the clinical and psychological characteristics of psychiatric patients with acute social withdrawal on the example of the clinical case.

Keywords: social isolation, acute social withdrawal, self-destructive behavior

Статья посвящена рассмотрению новой дефиниции – острой социальной самоизоляции, проанализировано влияние биопсихосоциальных факторов и других возможных причинах возникновения данного феномена, связь острой социальной самоизоляции с реализацией виктимного поведения. Также в статье обращено внимание на клинико-психологические особенности психической сферы пациентов с острой самоизоляцией на примере клинического случая.

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, саморазрушительная поведение, виктимность

З 2000 року в громадських організаціях проблем психічного здоров'я явище гострої соціальної самозоляції або «hikikomori» серед молоді в Японії викликає помітне занепокоєння [19]. Явище гострої соціальної самоізоляції з початком другого тисячоліття дуже швидко дійшло до відома громадськості, широко поширившись в Інтернеті та засобах масової інформації. До цих пір вчені не досягли консенсусу щодо єдиної думки по керівництву в діагностиці та лікуванні гострої соціальної самоізоляції, що призводить до плутанини при роботі з даним розладом в клінічній практиці [16].

Феномен госторої соціальної самоізоляції описує психопатологічний і соціологічний феномен, для якого характерно повне усамітнення/відчуження від суспільства протягом 6 місяців або довше. (Saito, 1998; Watts, 2002; Kaneko, 2006, Koyama A., 2010). Це поведінка, що містить як елементи соціального відчуження (без участі в житті суспільства, принаймні шість місяців) так і соціальної ізоляції (припинення відносини поза сім'єю під час ізоляції) [9].

© Чабан О. С., Франкова І. О.

Даний соціальний феномен вперше був описаний в Японії в кінці 1970-х років. Визначення «hikikomori» подане в Оксфордському Словнику англійської мови (Oxford English Dictionary, OED) [12]. В перекладі з японської мови «hikikomori» – це аномальне уникання соціального контакту, як правило, в юнаків. Таким терміном також описують людину, яка уникає соціальних контактів. Дослівний переклад – той, хто не виходить з дому, соціально відчужений.

Залежність від технологій, та як наслідок, формування численних нехімічних аддикцій є значною проблемою в сучасному суспільстві [3]. Інтернет, телефон, відеоігри і т.д. створюють проблеми специфічної взаємодії між людьми. Поява нових технологій, таких як Інтернет і мобільні телефони з мультифункціями призводять до загострення соціальної ізоляції (будь-якого походження). Соціальна ізоляція – це «відчуття відокремлення від своєї громади» в результаті припинення або різкого скорочення соціальних контактів і взаємодій [6]. У той час, як соціальна ізоляція, як правило, сприймається як форма особистого стресу, її джерела глибоко вкорінені й в соціальній організації у сучасному світі [10]. Також соціальна ізоляція потенційно є одночасно і причиною і симптомом емоційних або психологічних проблем.

Подібні до соціальної ізоляції феномени описані й під іншими сучасними термінами, такими як самотність, відчуження.

Самотність – стан і відчуття людини, що знаходиться в умовах реальної чи уявної комунікативної депривації (ізоляції від інших людей, розриву соціальних зв'язків, відсутності значущого для неї спілкування, браку спілкування та ін.) [1].

Відчуження – прояв таких життєвих відносин суб'єкта зі світом, при яких продукти його діяльності, він сам, і так само інші індивіди і соціальні групи, будучи носіями певних норм, установок і цінностей, усвідомлюються як протилежні йому самому – від несхожості до неприйняття і ворожості. Це виражається у відповідних переживаннях суб'єкта: почуттях відособленості, самотності, втрати власного Я. В сучасній соціальній психології поняття відчуження використовується для характеристики міжособистісних відносин, при яких індивід протиставляється іншим індивідам, групі, всьому суспільству, відчуваючи ту чи іншу ступінь своєї ізольованості. Подібна поведінка пов'язана з втратою почуття солідарності, коли індивід у групі сприймає інших як чужих і ворожих, відкидаючи норми і закони встановлені групою [1].

Чати, соціальні мережі, он-лайн дошки оголошень, та інші типи комунікацій в Інтернеті на даний час компенсують усі потреби тих, хто воліє залишатися у «віртуальних могилах», вдома на самоті. Спроби комунікацій, навіть тих, що були успішними, стають все більш короткотривалими та мають поверхневий характер. Більш значущі, тривалі відносини, а особливо близькі (емоційні та фізичні) в осіб з гострою соціальною самоізоляцією відсутні.

Дана дефініція виникла нещодавно, тому постає закономірне питання гостра соціальна самоізоляція це соціально-психологічний феномен, або ж нова форма дезадаптації чи психічного розладу? Чи пов’язана вищезгадана патологія з особливостями культури Японії, чи характерний даний феномен тільки для і цієї країни, або ж характеризує індустріалізоване суспільство взагалі?

Деякі дослідники стверджують, що гостра соціальна самоізоляція не є частиною психічного розладу, а являє собою соціальний та психологічний феномен, що виникає в результаті складної взаємодії між підлітками та швидким темпом соціальних змін в сім'ї зокрема, та в суспільстві в цілому [13], та називають такі випадки «первинні хікікоморі» [7]. З іншого боку, науковці повідомили, що 12 з 14 випадки гострої соціальної самоізоляції, які консультувалися в державних медичних центрах, мали психічні розлади, такі як: соціальна фобія, обсесивно-компульсивний розлад, маячний розлад, розлад розвитку, соматизований розлад, депресивний розлад, розлад дефіциту уваги/гіперактивності [15].

За даними інших досліджень коморбідність з іншими психічними розладами (афективними розладами, розладами поведінки, зловживанням психоактивними речовинами, тривожно фобічними розладами, розладами особистості) становить лише 54,5%, а в половині випадків гостра соціальна самоізоляція зустрічається без супутніх психічних розладів [8]. Й досі важливим питанням лишається визначення вкладу психічних розладів в розвиток і перебіг гострої соціальної самоізоляції, тому що таке знання дало б ключ до організації медичної допомоги цієї психопатології.

Більшість випадків гострої соціальної самоізоляції класифікується різноманітністю діагнозів існуючих в Керівництві по діагностиці і статистиці психічних розладів (DSM-V-TR або МКХ-10). Тим не менш, помітна кількість випадків із значною психопатологією не відповідають критеріям будь-яких існуючих психічних розладів. Поширеність, ступінь порушень соціального функціонування та тривалість симптомів виступають за більш уважний розгляд даного феномену. Цей стан заслуговує подальшого міжнародного дослідження, для встановлення чи відповідає він критеріям нового психічного розладу [17].

Феномен гострої соціальної самоізоляції можна також вважати синдромом, специфічним для окремих культур.

Розлади, специфічні для окремих культур, різноманітні за своїми проявами, але мають дві спільні риси:

- вони насилу вписуються у вже сформовані синдроми і ті, що застосовуються у міжнародній практиці, психіатричній класифікації, так що підібрати для кожного з них відповідну категорію в системі, як правило, тяжко.
- вони були вперше описані серед представників певної групи чи культурної області і надалі так само зустрічалися переважно або виключно в межах відповідної популяції або територіально обмеженого регіону.

Транскультуральні дослідження підтверджують наявність гострої соціальної самоізоляції в інших країнах світу [14]. Клінічні випадки даного синдрому вже були описані психіатрами Австралії, Бангладеш, Індії, Іспанії, Ірану, Кореї, Тайваню, Таїланду, Франції, Японії та США. Проведені дослідження підтверджують актуальність проблеми незалежно від культурного середовища. Піддається сумніву положення про винятковість приналежності цих розладів до певної етнічної групи або культурній області. На думку сучасних науковців гостра соціальна самоізоляція є індикатором пандемії психологічних проблем, пов’язаних з глобальним користуванням Інтернетом [14].

Гостра соціальна самоізоляція розглядається нами як прояв синдромів нової епохи зокрема, синдрому покоління “Ні”, синдрому Йозефа К. [4]. Синдром Йозефа К. –

прихований масовий нігілізм. Проявляється в кризових суспільствах у вигляді непрямих нігілістичних дій (тотальної недовіри, критиканства, песимізму та деяких проявах «синдрому Холлідея»). Цей синдром часто асоціюється з поняттям «соціальна депресія», але на відміну від останнього, носить прихований характер і не характеризується адинамічними проявами. Синдром покоління «Ні» – варіант масового нігілізму («синдром Йозефа К.») – поведінка підлітків та юнаків у вигляді неприйняття загальноприйнятих цінностей суспільства. Безапеляційне та немотивоване заперечення та відкидання любих пропозицій старшого покоління.

Якщо звернутися до історії то спочатку деякі стани і розлади які були представлені як синдроми, специфічні для окремих культур, а надалі віднесені до синдромів, характерних для індустріалізованого суспільства (наприклад, нервова анорексія, дисоціативні розлади). Тож враховуючи все вищезгадане, ми вважаємо, що феномен гострої соціальної самоізоляції можна віднести до синдромів характерних для індустріалізованого суспільства. Цілком очевидно, що назріла потреба серйозно зайнятися вивченням подібних синдромів, що дозволило б отримати достовірні клінічні описи, а так само прояснити рівень поширеності і характер перебігу даних розладів.

Зазвичай явище гострої соціальної самоізоляції частіше зустрічається серед молоді, переважно серед чоловіків, а не жінок, та серед нащадків відносно багатих сімей середнього класу, а не тих, що мають низький соціально-економічний рівень.

Зростаюча кількість статей, що включають термін «hikikomori» чи то в їх заголовках, чи то в основному тексті, в період з 1999 по 2009 роки підтверджують актуальність даної проблеми серед суспільства, а наведені дані свідчать про значну поширеність явища гострої соціальної самоізоляції [18]. Вона складає серед дорослого населення Японії більше 1%.

Гостра соціальна самоізоляція являє собою складне явище, яке має як соціально-психологічні, так і медико-біологічні коріння. Було встановлено що здоров'я, життя і генетична спадщина членів соціальних видів знаходяться під загрозою, коли вони опиняються в соціальній ізоляції [5]. Наприклад, соціальна ізоляція сприяє ожирінню та діабету 2 типу у мишей [11]; корелюється з глибиною та поширеністю інфаркту та набряком і зменшує рівень виживання після інсульту.

Предикторами гострої соціальної самоізоляції вважаються: модернізація суспільства, швидка та масова урбанізація, завищені вимоги від соціуму, хронічний дефіцит часу, що призводить до патологічної гіперкомпенсації у вигляді надлишку часу без його раціонального використання та потужний ріст алекситимії як соціального запиту [4]. Гостра соціальна самоізоляція є індикатором пандемії психологичних проблем пов’язаних з глобальним використанням Інтернету [14]. Ми вважаємо, що гостра соціальна самоізоляція може бути наслідком віктимизації через досвід психологічного чи фізичного насилля з боку однолітків. Проте питання про визначення клінічних факторів предиспозіції гострої соціальної самоізоляції залишається відкритим досі.

В даний час в якості критеріїв гострої соціальної самоізоляції розглядають:

1) більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті;

2) виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини);

3) соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках;

4) людина сприймає відчуження від соціуму его-синтонним, дана поведінка може бути неприємна іншим, але не доставляє незручності самій людині;

5) характерно для осіб у віці менше 18 років, тривалість ізоляції не менше 6 місяців;

6) диференціальна діагностика виключає виникнення соціального відчуження з причин інших психічних розладів, таких як: соціальна фобія (ухилення від соціальної комунікації через страх бути збентеженим), депресивний розлад (соціальна ізоляція як наслідок нейротрансмітерних порушень), шизофренія (відчуження через негативні/позитивні симптоми психозу), тривожний розлад особистості (ухилення від соціальної комунікації внаслідок страху бути розкритикованим або знехтуваним [17].

Клінічний випадок.

Марина К., 16-річна дівчина, проживає з батьками в міській квартирі. За останній рік вона майже не виходила зі своєї кімнати, проводячи велику частину часу за зачиненими дверима. Більшу частину дня вона спить, проводить час в Інтернеті, дивиться телевізор і грає у відеоігри. Її мати займалася приготуванням їжі, залишаючи їжу для дочки на кухні.

Ставлення до власної ізоляції у пацієнтаки амбівалентне, причиною своєї ізоляції пацієнтка назвала небажання перебувати серед людей, і одночасно вона висловлює жаль, що їй не вистачає мотивації для міжособистісних комунікацій.

Її успішність в школі була посередньою, за 2 роки до презентації випадку вона була переведена з 2 середніх навчальних закладів через складні стосунки з однокласниками та неуспішність у навчанні, через відсутність мотивації. У середній школі, вона часто прогулювала школу, через знущання у класі, які тривали з 6 по 10 клас, уникала спілкування з однолітками.

Спадковий анамнез обтяжений, батько страждає алкогольною залежністю, мати перебуває в співзалежних відносинах. Пацієнтка з дитинства була свідком емоційного та фізичного насильства в сім'ї.

Батьки звернулись за психіатричною допомогою вперше, на момент звернення пацієнтці проводилась диференційна діагностика «розладом особистості», «ендогенною дистимією», «простою формою шизофренії». Пацієнтка заперечує, що коли-небуть переживала галюцинаторну чи маячну симптоматику, зі слів близьких, поведінкою не виявляла. Було відзначено, що дочка самостійно стежить за своєю гігієною, завжди охайно виглядає. В неї приємний зовнішній вигляд, дане відношення до себе не мінялося протягом усього часу прояву симптомів ізоляції. Ініціативу в спілкуванні з однолітками не проявляє, контактує зі знайомими через Інтернет, обирає проводити час на самоті.

Вона ввічлива з лікарем і належним чином відповідає на поставлені питання. Під час медико-психічного обстеження відзначався сплощений афект, зниження яскравості емоційних реакцій. Нейропсихологічне тестування не виявило когнітивних порушень (розлади мислення, сприйняття, уваги). Відзначалися явища астенії. Фон настрою

депресивний. Рівень базової тривоги підвищений. На момент інтерв'ю наявні суїцидальні думки, заснути і не прокинутись, через втрату надії побудувати нормальні стосунки з однолітками. Значна терапевтична відповідь на лікування психотропними препаратами, включаючи антидепресанти і нейролептики, не відзначалася.

Дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн (в модифікації Прихожан А. М.) виявило зниження рівня самооцінки та рівня домагань, внаслідок тривалого впливу фрустрації. За допомогою Теста малюнкової фрустрації С. Розенцвейга (Тарабрина Н. В., 1994) було виявлено зниження фрустраційної толерантності. Дослідження агресивної поведінки за допомогою опитувальника Баса-Даркі (А. Бас, А. Дарки, 1957) виявило підвищенні рівні непрямої агресії, роздратування (запальність, грубість). негативізму, почуття образи, провини та підозрілості по відношенню до людей та переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду. Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О. О., 1984) виявила зниження мотивації на досягнення. Високий рівень образливості.

Виявлено модель ініціативної віктимної поведінки, що характеризується пасивністю, байдужістю з боку досліджуваного до тих явищ, які відбуваються навколо нього. Діє за принципом «моя хата скраю», що може бути наслідком як образи на зовнішній світ, так і формування в результаті відчуття нерозуміння, ізольованості від світу, відсутності почуття соціальної підтримки та включеності в соціум.

Визначилась також схильність до залежної і безпорадної поведінки. Особи, для яких характерна модель пасивної віктимної поведінки, не роблять опору, протидії злочинцю з різних причин: в силу віку, фізичної слабкості, безпорадного стану (стабільного або тимчасово), боягузтва, з побоюванням відповідальності за власні протиправні чи аморальні дії і т. д. Можуть мати установку на безпорадність. Не бажають робити щось самостійно, без допомоги інших. Мають низьку самооцінку. Постійно залучаються в кризові ситуації з метою отримання співчуття і підтримки оточуючих. Мають рольову позицію жертви. Сильно піддаються навіюванню. Можливий також варіант засвоєної безпорадності в результаті неодноразового попадання в ситуації насильства. Виявлена схильність до залежної поведінки, прагнення передбачати можливі наслідки своїх вчинків, які іноді призводять до пасивності, страхам. Самореалізація в цьому випадку значно ускладнена, може з'являтися соціальна пасивність, що призводить до незадоволеності своїми досягненнями, почуттю досади, заздрості.

Опитувальник визначення рівня невротизації і психопатизації (УНП, 1974) виявив високий рівень невротизації. Опитувальник акцентуйованих рис особистості Леонгарда – Шмішека (Schmieschek, Fragebogen, 1970), виявив конформну акцентуацію особистості.

На основі вищевказаного, психотерапевтична програма для даної пацієнтки створювалась з акцентом на ре-соціалізацію (групова та арт-терапія).

Таким чином, гостра соціальна самоізоляція є соціальною проблемою, яка впливає як на суспільство так і на якість життя окремих хворих.

Данна дефініція виникла лише 4 роки тому, однак клінічні випадки описані в міжнародній літературі починаючи з 1970 року у багатьох країнах світу.

Поширеність, ступінь порушень та тривалість симптомів гострої соціальної

самоізоляції виступають за більш детальний та уважний розгляд цього психічного стану.

Гостра соціальна самоізоляція не має достатньо чітких діагностичних меж та недостатньо визначену етіопатогенетичну концептуалізацію, що обумовлює проведення подальшого визначення психопатологічних та соціальних складових даного соціального явища.

Окрему увагу слід звернути на досвід віктимізації як фактор ризику виникненя гострої соціальної самоізоляції.

Психотерапія повинна враховувати клініко-психологічні особливості психічної сфери та бути спрямована на соціалізацію пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією.

Наведені дані підтверджують необхідність розробки нових та вдосконалення існуючих системи заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення та ефективну корекцію гострої соціальної самоізоляції.

Література

1. Головина С. Ю. Словарь практического психолога / С. Ю. Головин. – Минск : Харвекст, 1998. – С. 97–98.

2. Международная классификация болезней МКБ-10.Электронная версия.

3. Чабан О. С. Соціально-психологічні синдроми нової епохи, або чим доповнює час та суспільство психологічний словник // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Том 2. – № 1(2). – С. 60–65.

4. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / Чабан О. С., Хаустова О. О. // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–22.

5. Cacioppo J. T. Handbook of neuroscience for the behavioral sciences / Bernston G. G. /– New York : John Wiley & Sons., 2009.

6. Kalekin-Fishman D. Tracing the Growth of Alienation: Enculturation, Socialization, and Schooling in a Democracy // In: F. Geyer (ed.) Alienation, Ethnicity, and Postmodernity. Connecticut : Westwood. – 1996. – P. 107–120.

7. Kinugasa, T. “Social withdrawal” and schizophrenic personality – History of pathological studies of schizophrenia // The Journal of the Japan Medical Association. – 1999. – Vol. 43(2). – P. 101–107.

8. Koyama A. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // J. Psychiatry Res. – 2010. – Vol. 176. – P. 69–74.

9. Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / J. Dickie // Int J Soc Psychiatry. – 2013. – Vol 59(1). – P. 61–72.

10. Neal A.G. Intimacy and alienation: forms of estrangement in female/male relationships / S. Collas // New York: Garland. – 2000.

11. Nonogaki K. Social isolation affects the development of obesity and type 2 diabetes in mice / Nozue K, Oka Y. // Epub – 2007. – 148(10):4658-66.

12. Oxford Dictionaries: Oxford dictionary of english. – 3rd edition. – Oxford University Press, Oxford; 2010.

13. Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W. Umene-Nakano // BioMed Central Psychiatry. – 2012. – Vol. 12. – P. 169.

14. Sartorius N. Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? / T. A. Kato, N. Shinfuku, S. Kanba // The Lancet. – 2011. – Vol. 378. – Issue 9796. – P. 1070.

15. Suwa M. Psychopathological features of «primary social withdrawals» / Suzuki K. // Psychiatr. Neurol. Jpn. – 2002. – 104:1228–1241.

16. Sakamoto N. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman / R. G. Martin, H. Kumano, T. Kuboki, S. Al-Adawi // International Journal of Psychiatry in Medicine. – 2005. – Vol. 35(2). – P. 191–198.

17. Teo A.R. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5 / A.C. Gaw // J. Nerv Ment Dis. – 2010. – Vol. 198. – P. 444–449.

18. [Electronic Resource]. – Way of access : https://www.google.com.ua/search?tbo=p&tbm=bks&q=isbn:1136624279

19. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori” // The Lancet. 2002. – Vol. 359. – P. 1131.

Literatura

1. Golovina S.Ju. Slovar' prakticheskogo psihologa. – Minsk : Harvekst, 1998. – C. 97–98.

2. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej MKB-10.Jelektronnaja versija.

3. Chaban O. S. Social'no-psihologichni sindromi novoї epohi, abo chim dopovnjuє chas ta suspil'stvo psihologichniї slovnik / O. S. Chaban // Mizhnarodniї psihiatrichniї, psihoterapevtichniї ta psihoanalitichniї zhurnal. – 2008. – Tom 2. – № 1(2). – S. 60–65.

4. Chaban O. S. Dezadaptacija ljudini v umovah suspil'noї krizi: novi sindromi ta naprjamki їh podolannja / Chaban O. S., Haustova O. O. // Zhurn. psihiatrii i med. psihologii. – 2009. – № 3(23). – S. 13–22.

5. Cacioppo J. T. Handbook of neuroscience for the behavioral sciences / Bernston G. G. – New York : John Wiley & Sons, 2009.

6. Kalekin-Fishman D. Tracing the Growth of Alienation: Enculturation, Socialization, and Schooling in a Democracy // In: F. Geyer (ed.) Alienation, Ethnicity, and Postmodernity. – Connecticut: Westwood, 1996. – P. 107–120.

7. Kinugasa T. “Social withdrawal” and schizophrenic personality – History of pathological studies of schizophrenia // The Journal of the Japan Medical Association. – 1999. – Vol. 43(2). – P. 101–107.

8. Koyama A. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // J. Psychiatry Res. – 2010. – Vol. 176. – P. 69–74.

9. Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / J. Dickie // Int J Soc Psychiatry. – 2013. – Vol 59(1). – P. 61–72.

10. Neal A.G. Intimacy and alienation: forms of estrangement in female/male relationships / S. Collas // New York: Garland. – 2000.

11. Nonogaki K. Social isolation affects the development of obesity and type 2 diabetes in

mice / Nozue K, Oka Y. // Epub. – 2007. – 148(10):4658-66.

12. Oxford Dictionaries: Oxford dictionary of english. 3rd edition. Oxford University Press, Oxford; 2010.

13. Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W. Umene-Nakano // BioMed Central Psychiatry. – 2012. – Vol. 12. – P.169.

14. Sartorius N. Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? / T. A. Kato, N. Shinfuku, S. Kanba // The Lancet. – 2011. – Vol. 378. – Issue 9796. – P. 1070.

15. Suwa M. Psychopathological features of «primary social withdrawals» / Suzuki K. // Psychiatr. Neurol. Jpn – 2002. – 104:1228–1241.

16. Sakamoto N. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman / R. G. Martin, H. Kumano, T. Kuboki, S. Al-Adawi // International Journal of Psychiatry in Medicine. – 2005. – Vol. 35(2). – P. 191–198.

17. Teo A. R. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5 / A. C. Gaw // J. Nerv Ment Dis. – 2010. – Vol. 198. – P. 444–449.

18. [Electronic Resource]. – Way of access : https://www.google.com.ua/search?tbo=p&tbm=bks&q=isbn:1136624279

19. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori” // The Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1131.