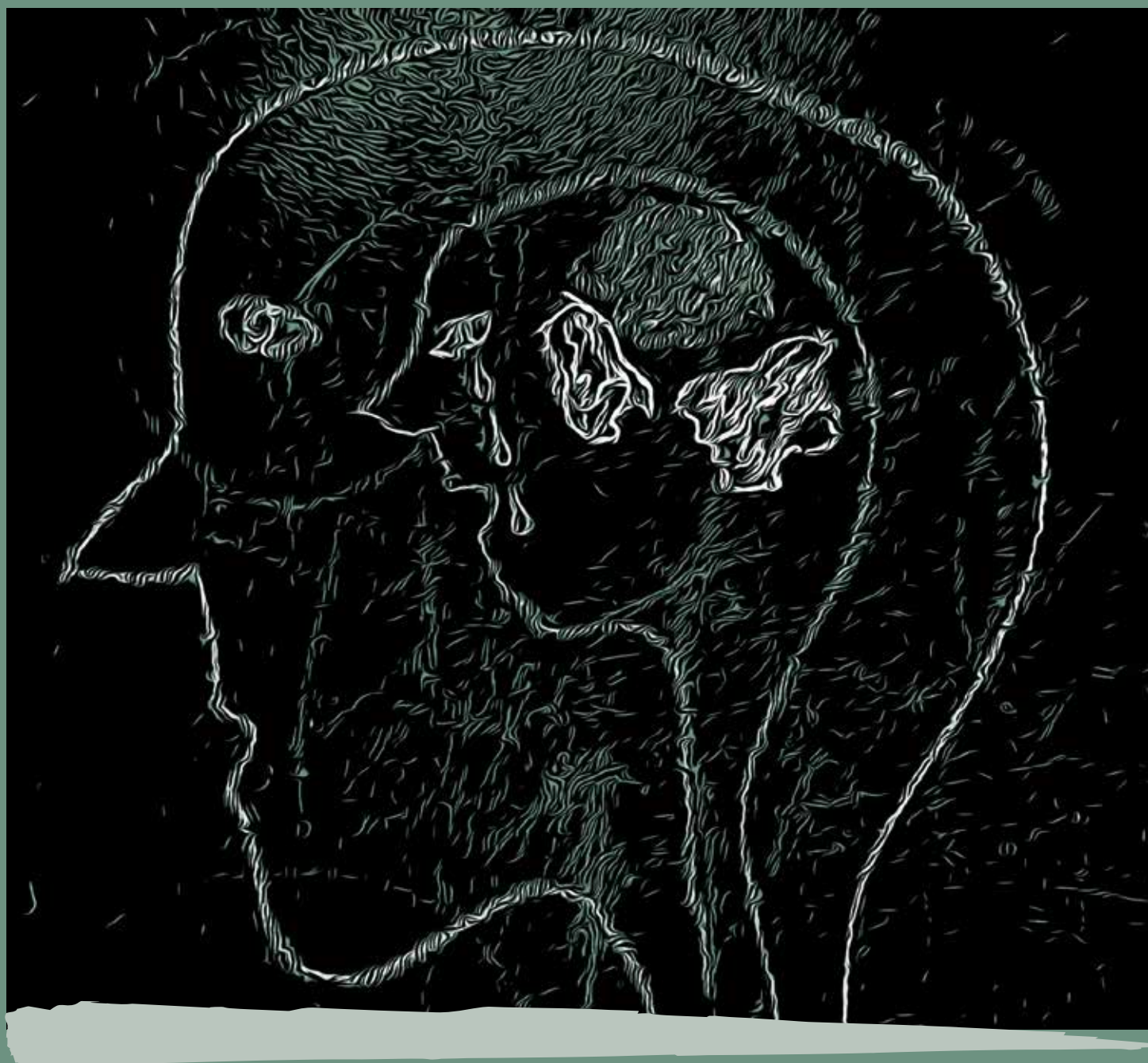




OFFICE OF THE SPECIAL REPRESENTATIVE OF THE SECRETARY-GENERAL ON
VIOLENCE AGAINST CHILDREN

看不见的伤痕：暴力如何损害儿童的精神卫生



看不见的伤痕：暴力如何损害儿童的精神卫生



负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室

2020年，纽约



鸣谢

负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室谨向对本报告的起草作出重大贡献的本报告首席研究员Ghizlane Benjelloun教授表示诚挚的感谢。

特别代表办公室感谢以下人士就报告提供宝贵反馈：Zeinab Hijazi(儿基会纽约总部)、Leslie Snider(丹麦精神卫生和心理支持合作组织)、Natalie Drew、Alexandra Fleischmann、Brian Ogallo、Chiara Servili(世界卫生组织精神卫生和物质使用司)。

封面照片：© Miguel Caldeira版权所有

标题：粉笔画“看不见的痛苦：受害者的梦魇”

© 2020年联合国版权所有

保留全球所有权利

如需节录或复制本出版物，请向版权许可中心提出申请，地址为copyright.com。

关于权利和许可的所有其他问题(包括附属权利)，均请联系：

United Nations Publications,

300 East 42nd Street,

New York, NY 10017,

United States of America

电子邮件：publications@un.org；网址：un.org/publications

语种：英文销售编号E.20.I.16

国际标准书号：978-92-1-101435-8

执行摘要	iv
1. 导言	1
2. 迫切需要采取行动.....	3
3. 暴力对儿童精神卫生的影响.....	9
4. 了解风险和保护因素	19
5. 有效措施: 有效预防和应对的证据	23
6. 为儿童营造并与儿童一起建造有利于增强权能的培育性、保护性环境	27

执行摘要

每年有10亿多儿童遭受暴力侵害，占全世界儿童总数的一半。他们在多种场合面临多种形式的暴力，可能在线上也可能在线下，可能在家里也可能在学校和社区。儿童可能遭受暴力，可能目睹暴力，也可能接触暴力情况。儿童往往可能处于“超级风暴式”的暴力之中，即各种暴力同时发生，或者一种暴力触发别的暴力接踵而至，达到骇人听闻的程度。

暴力无疑对儿童的精神卫生有着严重的影响。接触暴力情况常常会造成创伤，其精神压力会带来近期和长期的生理及心理损害，可能引起不良应激反应。暴力造成的后果包括：抑郁症、创伤后应激障碍、边缘人格障碍、焦虑、药物使用紊乱症、睡眠障碍、饮食紊乱、自杀。

暴力对儿童精神卫生的累积影响取决于儿童从幼儿期到青春期经历暴力的情况，因为他们所接触暴力的类型、暴力给其精神卫生带来的后果各不相同。这些后果可能会代代相传，这种情况尤其甚者包括童年时目睹过亲密伴侣间暴力情况的儿童，也包括成长过程中经历过暴力情况的母亲。

相关风险因素可能存在于个人层面，也可能存在于各种关系中，还可能存在于整个社区乃至整个社会之中。这些不同层面的风险因素之间会相互作用，所产生的影响不亚于各层面内部任何特定因素的影响。

我们迫切需要采取更多行动以预防和应对暴力对儿童精神卫生构成的威胁。儿童们自己一贯表示精神卫生是其关切的大问题，可是全球在提供以权利为基础、符合文化需要的优质精神保健方面投资严重不足，能力也严重不足。此外，少年儿童寻求精神卫生服务的次数也少于其他年龄组，原因包括碍于污名化、成年人未能发现其需求、儿童对现有服务知之甚少。因此，有精神卫生问题的儿童很少在适当的时间得到适当的帮助。

哪些措施有效

越来越多的证据表明哪些因素能保护儿童、哪些措施能有效应对暴力对儿童精神卫生的影响，但相关知识仍有许多空白之处。

以产妇精神卫生、母婴互动、游戏刺激为重点的预防性干预措施产生了积极而持久的作用。实践证明，育儿方法及儿童福利干预措施对于打破暴力与精神疾病代际传播这种恶性循环也至关重要。实践也证明，社区康复方案、学校的社会情绪学习干预措施取得了成效。此外，精神卫生专业人员和其他人员还获得了有依据的指导，能帮助其维护受暴力侵害儿童的精神卫生，包括维护在人道危机中受暴力侵害儿童的精神卫生。

各国当前必须将这些知识化为行动，目标包括达到国际人权标准，还包括追求可持续发展目标，因为不采取措施解决一切形式的暴力就无法实现这些目标。需要采取全面而协调的行动，其基础是跨部门的、有多利益攸关方参与的办法。

最重要的利益相关者是儿童自身。儿童已在带头加强自身的精神卫生和福祉，例如他们带头开展了同龄人活动。他们踊跃参与了精神卫生方面的各种行动，包括线上和线下的行动。但儿童仍难以让世界听到他们的声音，也难以使自己的意见受到重视。在设计、执行、评估相关措施时，必须向经历过精神疾患和心理社会性残疾的儿童征求意见。

需要采取哪些行动

有效的行动始自预防和早期干预，要注重哪些因素使儿童面临暴力风险，也要注重哪些因素能使儿童在家庭、社区、社会中受到保护。另外，一些儿童因所处环境以及个人身份而更有可能面临暴力和精神卫生问题，对他们的需求必须特别予以关注。

必须扩大精神卫生服务，将其作为全民健康覆盖的重要组成部分。应在社区提供优质服务，从而尽可能避免交送专门机构和运用医疗途径。为此需要投入更多资金，目标包括确保有合理数目的专业熟手合理地分布于各社区。此外还需要进一步投资解决儿童精神卫生数据与研究不足的问题。

最后，随着国际社会开始实施到2030年实现可持续发展目标的十年行动，有必要建立相关监测和问责框架，从而使全世界沿着正确轨道向此目的迈进。必须通过上述框架确保在以下方面采取了有效行动，即：促进所有儿童的精神卫生，防止遭受暴力侵害的儿童出现精神疾患，并向每个有需要的儿童提供治疗和照护。



[照片1: 一位小朋友的画描绘了一张有伤疤的面孔, 上面的一只眼睛有瘀伤。这幅画的作者是6岁的Arnaldo。他参加了“美丽之门”艺术疗法课程。“美丽之门”是设在开普敦附近下克罗斯罗兹的受虐待儿童和被遗弃儿童中心。

© UNICEF/UNI45752/Pirozzi]

1. 导言

“沉默就像情绪上的癌症……只有揭露出来，你才会开始痊愈。”

Matthew McVarish, 幸存者和倡导者, 苏格兰¹

预防和应对暴力对儿童精神卫生造成的伤害不仅可能，而且必要。

《儿童权利公约》保障每个儿童有权不受暴力侵害，并保障其有权达到可能的最高精神卫生标准。同样，《2030年可持续发展议程》也承诺终止一切形式的暴力，促进精神卫生与福祉。《公约》和《2030年议程》的许多其他条款也至关重要，能为促进和维护良好精神卫生的工作打下基础。

尽管规定了上述义务、做出了上述承诺，但针对儿童的暴力行为继续严重损害其精神卫生，使其无法充分发挥学习、成长、发展的潜力。来自高、中、低收入国家的证据都清楚地显示经历过暴力会增大精神卫生受损的风险。暴力造成的后果包括：抑郁症、创伤后应激障碍、边缘人格障碍、焦虑、睡眠障碍、饮食紊乱、药物使用紊乱症、自杀。此外，人如果在童年接触过暴力，成年后罹患一系列精神病症的可能性会增大，包括可能罹患各种紊乱症，影响到其情绪、焦虑度、行为。²

全世界10%至20%的儿童和青少年患有精神卫生方面的疾患。占总数一半的精神疾病初发于14岁前。自杀是15至19岁青少年的第三大死亡原因。³ 然而与身体健康相比，精神健康在公共政策议程上的优先级较低，得到的人力财力资源不足。一旦发生危机，例如2020年暴发的2019冠状病毒病疫情(COVID-19)，又例如世界各地旷日持久的冲突，上述情况还会加重，使儿童精神卫生面临更大风险，同时也会削弱卫生部门和社会照护部门的应对能力。

若不采取更有力的行动去应对这些挑战，就无法兑现《儿童权利公约》和《2030年议程》对儿童作出的承诺。随着国际社会开始实施到2030年实现可持续发展目标的十年行动，我们在采取措施预防和应对暴力侵害儿童行为时必须对精神卫生给予更多关注。

本报告旨在协助开展这项工作。报告概述了国际上关于各种暴力伤害儿童精神卫生的行为有哪些证据，同时强调了采取行动的迫切必要性。在此过程中，报告论述了发生暴力行为的不同场合与形式、暴力对儿童各成长阶段的不同影响、最重要的暴力风险因素和保护因素。报告还突出介绍了各种解决办法，指出尽管我们在知识上仍有空白，但存在一些应采取的有效方式。

专栏1： 精神卫生的定义

精神卫生是人类健康不可或缺的重要组成部分。世界卫生组织(世卫组织)宣布：“健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。⁴ 这意味着精神卫生远不只是没有精神疾患。

精神卫生的概念是指一种健康状态，在这种状态中，每个人能够实现自己的能力，能够应付正常的生活压力，能够有成效地从事工作，并能够对其社区作出贡献。精神卫生对于人类集体和个人进行思考、表达情感、相互交流、谋生、享受

生活的能力至关重要。因此，促进、保护、恢复精神卫生对于全世界的个人、社区、社会具有极其重要的意义。⁵

精神疾患的强弱程度有所不同，最弱的是持续时间有限的轻度痛苦，最强的是慢性、渐进性、严重致残性的疾病。⁶ 心理社会性残疾一词是指儿童患有医生确诊或自我感觉的精神疾患和/或智力障碍等残疾。这些残疾也可能是因为被污名化、遭到歧视、受到排斥而造成的。⁷



[照片2：在菲律宾马尼拉的一个托儿中心，一名男孩把有黄色“皱眉脸”的纸举在眼前。开办该中心的是支持受艾滋病影响儿童的当地非政府组织“宝贵儿童组织”。在这个活动中，孩子们用各种面部表情玩具来表现自己的情绪。

2. 迫切需要采取行动

暴力侵害儿童行为：普遍性、形式、场合

每年至少有10亿儿童(占世界儿童总数的一半)遭受暴力侵害。没有一个国家能幸免、没有一个孩子能幸免。暴力侵害儿童行为普遍存在的证据越来越多,表明这是一种广泛而严重的侵犯人权行为(专栏2)。

“.....有些孩子会把暴力从家里带到这里来;父母侮辱他们、打他们,等等.....他们记住了,以为这样做也许没问题,因为家里就是这样,他们上学时就把气撒在其他孩子身上”。

Alexa(化名), 12岁, 墨西哥¹⁹

专栏2： 暴力侵害儿童行为：数字一览

- 每隔7分钟, 世界上某处就有一名青少年死于暴力行为。⁸
- 24个国家的数据显示, 遭受性暴力女童占女童总数的比例从8%到31%不等, 男孩的比例从3%到17%不等。⁹
- 据估计, 全世界任何时候都有75万人为了性目的而试图在网上与儿童联系。¹⁰
- 儿童目前占被贩卖人口总数的30%。¹¹
- 患残疾儿童遭受暴力侵害的可能性几乎是其他儿童的四倍。¹² 还有证据表明, 患有精神残疾或智力残疾的儿童面临暴力侵害的普遍程度和风险高于患有其他类型残疾的儿童。¹³
- 有近三分之一的11至15岁学生过去一个月里至少被同龄人欺凌过一次。¹⁴
- 全世界有近3亿名2至4岁儿童经常受到其照顾者的暴力管教。¹⁵
- 四分之一的5岁以下儿童与遭受亲密伴侣暴力侵害的母亲同住。¹⁶
- 据估计, 全世界超三分之一儿童的生活受到情感虐待的影响。¹⁷
- 据估计, 全球13至18岁青少年在约会时遭受身体暴力的发生率约为20%, 在性约会时遭受暴力侵害的发生率约为9%。¹⁸

儿童经历多种形式的暴力。这些形式包括身体侵害、心理侵害、性暴力, 还包括疏于照护、剥削、贩卖、贩运、有害习俗侵害(如切割女性生殖器)。暴力还发生在多种场合, 包括家庭、学校、社区、工作场所, 也包括拘留中心、孤儿院等机构, 还包括网络世界。不同形式的暴力相互关联, 因为它们有着共同的根源。各类暴力可能同时发生, 一种暴力可能会导致另一种暴力, 给儿童造成各种程度的侵害。

人际暴力从一种环境蔓延到另一种环境会导致所称的多重受害情况。²⁰ 例如, 在家里或学校遭虐待的儿童更有可能在社区内成为暴力受害者。互联网和移动电话的迅速普及催生了又一个发生暴力的“虚拟”环境。新出现的证据表明线下暴力与线上暴力的受害者及实施者之间存在重叠。²¹ 研究不仅显示了各类受暴力侵害情况具有相互关联性, 还显示了累积影响如何会严重损害儿童的成长。²²

儿童除直接遭受暴力外还可能目睹他人之间的暴力，例如家庭暴力、欺凌、社区内帮派暴力等情况。另外，儿童还可能接触到媒体或互联网上的暴力内容。

尽管所有儿童都可能遭受暴力侵害，但一些儿童面临的风险更大。其中包括：以社区形式照顾的儿童；没有合法身份的儿童；在街头生活或谋生的儿童；患有残疾的儿童；生活贫困的儿童；来自少数族裔群体、少数宗教群体、少数语言群体的儿童；男女同性恋儿童、双性恋儿童、跨性别儿童；处于漂泊之中的移民儿童、难民儿童、境内流离失所儿童。²³ 不同的因素可能相互交织，从而放大暴力风险，使儿童精神卫生受到更大的挑战。

必须认识到暴力侵害儿童行为的性别层面。给儿童带来不同风险的性别因素包括：对性别的陈规定型观念、性别权力失衡、性别不平等、性别歧视。例如，女童特别容易遭受性暴力、亲密伴侣暴力以及一系列不良习俗的伤害。男孩更有可能成为社区内凶杀和其他形式暴力的受害者。

遭受过虐待的儿童在之后的人生中更有可能成为性暴力、青少年暴力、自我暴力、亲密伴侣暴力的受害者或施害者。曾目睹母亲或继母的亲密伴侣对其实施暴力的儿童在之后的人生中也更有可能成为此类暴力的受害者或施害者。²⁴

处于人道危机中的儿童极易遭受暴力侵害。战争、气候灾害、2020年暴发的COVID-19大流行(专栏3)等瘟疫可能导致社会制度崩溃，使儿童与其照顾者分离，导致曾经安全的环境遭到破坏或摧毁。

当前，世界上四分之一的儿童生活在遭受冲突或灾难影响的国家。近5 000万儿童因暴力、贫困、自然灾害而流离失所。²⁵ 随着此类危机的扩散，易受各种暴力侵害的儿童空前增多。²⁶

专栏3： COVID-19大流行与儿童的精神卫生

此时此刻，COVID-19疫情仍在肆虐，对儿童精神卫生产生了重大影响。这方面的因素包括采取隔离措施、家庭承受额外压力、本已有限的儿童保护服务受到妨碍，使得儿童更易遭受各种暴力的侵害。其中有信任圈内(包含照顾者和其他亲属)发生的暴力和虐待，也有性别暴力，还有线上及线下的性剥削侵害。对此雪上加霜的是，儿童与同学、老师、社会工作者、各类安全空间缺乏联系和接触。上述暴力行为对儿童精神卫生的负面影响更加剧了疫情造成的焦虑、恐惧、不安全感、孤立状况。²⁷

国际宣明会与来自13个国家的8至18岁儿童和青少年召开了一次咨询会，了解他们对COVID-19危机的理解、经历、看法，结果发现：

- 71%的儿童和青少年表示学校停课使其感到孤立、孤独。他们还说这种情况对其学习和日常生活产生了负面影响，加重了他们的孤立感、绝望感。
- 91%的受访者表示自己正经历情绪困扰和不安，包括焦虑、愤怒、担忧等感觉，因为不知道危机还会持续多久、如何才能应对孤立状况。
- 75%的儿童和年轻人确认如何应对身体和社交距离方面的限制在情感上是一种挑战。²⁸

暴力侵害儿童的行为很普遍，但往往具有隐蔽性、**不为人知或举报不足**。由于恐惧、耻辱感和社会对暴力的接受，只有一小部分受影响儿童主动举报他们的经历。²⁹ 由于缺乏适当的对儿童敏感的投诉和报告机制，以及数据收集不充分，这种暴力行为的“隐蔽性”变得更加严重。

暴力除了导致在人的层面付出惨重代价之外，还会对经济造成巨大影响。暴力侵害儿童行为造成的全球经济损失估计高达7万亿美元。³⁰ 仅在美国，2015年一年内发生的经证实虐待儿童案件造成的终身经济负担总额就达4 280亿美元。³¹ 在东亚和太平洋地区，虐待儿童造成的一些健康后果的经济影响估计占该地区年度国内生产总值的1.4%至2.5%。³²

全球精神卫生危机：公共政策议程未将其列为优先事项

暴力造成的长期后果会从童年延续至成年乃至跨代传递，并对整个社会造成影响。³³ 这些后果包括对儿童精神卫生造成严重影响。

关键信息

- 每年有10亿多儿童成为暴力的受害者。
- 儿童在许多环境(线上和线下)面临多种形式的暴力。
- 暴力往往是连串发生的，不同形式的暴力可能一起发生，一种形式的暴力可能导致另一种形式的暴力。
- 儿童可能遭受暴力，可能目睹暴力，也可能接触暴力情况。
- 有些儿童遭受暴力的风险更高。
- 童年遭受暴力的受害者，成年后成为暴力受害者的风险更高。
- 暴力侵害儿童行为往往很隐蔽且举报不足。
- 暴力除了在人的方面造成惨重损失外，还会对经济产生巨大影响。

然而，只有不到一半的联合国会员国制定了儿童和青少年精神卫生计划或战略。³⁴ 柳叶刀全球精神卫生与可持续发展委员会发现，精神卫生服务的质量通常比身体健康服务的质量差。调查还发现，“精神卫生领域的政府投资和发展援助仍然少得可怜”。³⁵ 精神卫生领域的拨付资金往往用途不当，且过多地用于应对慢性精神疾病造成的后果，而不是用于投资回报要大得多的早期干预和预防。由于整体上未能有效应对这一全球卫生危机，损失了巨大的人类能力，也使本可避免的痛苦继续蔓延。³⁶

专栏4：儿童和青少年较少使用精神卫生服务

青少年使用精神卫生服务的频率低于其他年龄组。使用率低是以下因素共同作用的结果：青少年的精神卫生问题未被充分发现；青少年自己对服务的认识不足，不愿意寻求帮助；政策框架没有优先考虑青少年的精神卫生需求。³⁷ 根据一项估计，大约70%有精神卫生问题的儿童和青少年没有在适当的时候得到适当的干预。³⁸ 年纪轻轻就有精神卫生问题会导致终身遭受歧视、羞辱、排斥，甚至可能限制广泛获得重要社会、教育、保健服务的机会。

对儿童和青少年精神卫生缺乏重视，也体现在这一群体的精神卫生问题流行率数据的全球覆盖面有限上面。一项审查发现，在187个国家中，124个国家根本没有关于任何障碍症的数据。如果不实施重点战略解决数据缺乏问题，数据的低覆盖率将继续妨碍高收入国家和中低收入国家关于儿童和青少年精神卫生问题的宣传工作。数据缺乏还将继续妨碍规划和分配目前可用于儿童和青少年精神卫生问题的稀缺资源。³⁹

在这种背景下，**在应对暴力侵害儿童行为时，亟需更多地关注儿童和青少年的精神卫生状况。**

鉴于成年后的大多数精神卫生问题都源于童年，**在儿童期及早采取行动**对预防日后出现精神卫生问题至关重要。儿童期和青春期是神经系统发生变化的高度敏感期，既是对大脑发育发挥积极影响的机会，也让消极影响有机可乘。

6 看不见的伤痕：暴力如何损害儿童的精神卫生

精神卫生也是**儿童自身关切的一个重大问题**。国际儿童帮助热线组织在其报告《儿童和青少年的声音：2017和2018年儿童帮助热线数据》中表示，与帮助热线联系的儿童最关切两大问题，一是虐待与暴力，二是精神卫生。⁴⁰ 在虐待与暴力方面，儿童提到身心两方面的虐待是其主要关切。在精神卫生方面，儿童尤其提到自杀念头、恐惧和焦虑。这份报告依据的数据源自全世界84个国家和地区的儿童帮助热线，表明调查结果具有全球意义。

与暴力侵害儿童行为的总体情况一样，**精神疾病的经济成本也很高**。2011年，世界经济论坛发现精神疾病占全球非传染性疾病经济负担的35%：超过癌症、糖尿病、心脏病。世界经济论坛估计，到2030年精神卫生问题将使全世界每年损失16万亿美元的经济产出。⁴¹

关键信息

- 暴力侵害儿童行为与很多精神卫生问题相关，其中包括焦虑、抑郁、自杀念头、创伤后应激障碍、滥用药物、攻击行为、认知功能损害。
- 精神卫生服务的质量通常不如身体健康服务。
- 精神卫生领域的资金不足，而且目前可用资金很少以最佳方式加以分配。
- 关于儿童和青少年精神卫生状况的数据不足。
- 大多数有精神卫生问题的儿童没有在适当的时候得到适当的干预。
- 精神卫生是儿童和青少年自身关切的一个重大问题。
- 及早采取行动预防精神卫生问题大有裨益。
- 精神疾病是各国乃至全世界的沉重经济负担



[照片3：站在首都喀布尔集市哭泣的12岁女童玛丽亚。她用来拾荒的袋子很重，还被一个路人嘲笑了，说她像乞丐一样在街上游荡是不知羞耻。

© UNICEF/UNI119790/Noorani]

3. 暴力对儿童精神卫生的影响

暴力侵害儿童行为造成的精神卫生后果

事实证明，暴力无疑会损害儿童的精神卫生状况，确实能导致精神卫生问题出现和持续存在。遭受暴力等儿童期不良经历会留下创伤，引起毒性应激反应，造成直接和长期的生理和心理损害。⁴²

据报告，暴力侵害儿童行为造成的最常见三类精神卫生问题为：行为和情感问题；认知和态度问题；长期问题(图1)。⁴³

如果儿童长期遭受两种以上情形中的暴力(例如目睹家庭暴力、性虐待、父母压力等)，则更有可能出现行为和情感障碍。⁴⁴ 受行为和情感障碍影响的儿童可能会表现出针对他人的外化症状(例如，攻击性更强、违反规则、借助行为发泄情绪)。攻击行为或反社会行为等精神卫生症状的外在表现更有可能增加同伴受害情况。

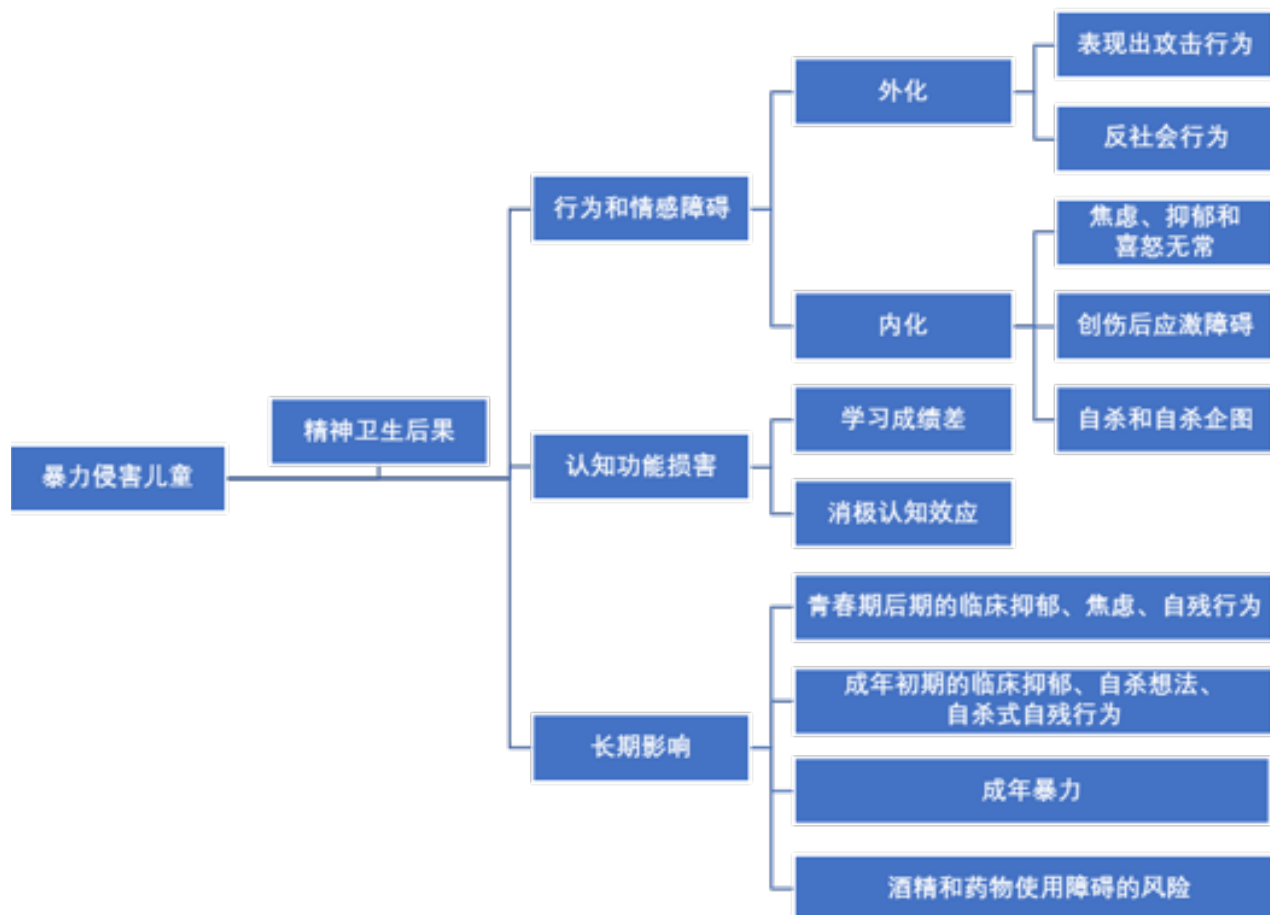


图1：暴力造成的主要精神卫生后果概览

资料来源：Ghizlane Benjelloun教授。

儿童也可能表现出向内的内化症状。这些症状包括：焦虑、抑郁、喜怒无常状况加剧；创伤后应激障碍；自杀未遂和自杀。童年经历创伤和暴力的另一个后果可能是儿童行为对自身健康构成实际风险。儿童使用毒品和酒精的现象在全球范围内有所增加这一现象应被视为儿童以此应对和控制负面情绪。⁴⁵

专栏5： 儿童期暴力、焦虑、抑郁之间的联系

挪威2015年进行的一项研究证实，儿童期无论遭受过何种混合类型的暴力，都与日后的焦虑或抑郁密切相关。在童年时期遭受过某一类暴力侵害的受访者中，忽视和/或心理暴力的受害者所报告的焦虑或抑郁程度甚于仅遭受性虐待或家庭暴力者。在童年时期遭受过两类暴力侵害的人群中，既遭受过忽视或心理暴力侵害又遭受过性虐待和/或家庭暴力者所报告的焦虑或抑郁程度甚于报告既遭受过性虐待又遭受过家庭身体暴力者。不出所料，童年时期遭受过三类暴力侵害者的焦虑或抑郁分值最高。⁴⁶

目睹暴力或受到暴力侵害的儿童会有创伤后应激障碍症状，类似于从战场归来的士兵具有的症状，而且目睹或经历的暴力行为次数越多，症状越严重。这些症状包括：注意易转移、有侵扰性或无端的恐惧、有不归属的想法和感觉等。⁴⁷

然而必须指出的是，儿童对暴力和虐待的本能反应有可能被不当地医疗化。即使他们对暴力作出的行为反应符合预期，并且与其处境完全相称，有时也会被诊断为精神卫生问题。

关于**认知功能损害的证据表明**，儿童期暴力与认知能力发展迟缓、学习成绩差、校内参与度不佳有关联。一些精神卫生症状和障碍会导致学习成绩差，其中包括创伤后应激障碍、焦虑、攻击行为、抑郁。

儿童期遭受创伤与青春期后期和成年初期的抑郁、自卑情绪、药物滥用等长期问题有关联。儿童期不良经历还会削弱一个人以健康方式应对困难的能力，进而影响健康行为和人生机遇，甚至导致过早死亡。⁴⁸

专栏6： 儿童期遭受不同类型暴力与精神卫生问题之间的关系

马拉维一项关于儿童期遭受不同类型暴力与精神卫生问题之间关系的研究发现：⁴⁹

- 以往遭受暴力与最近遭受暴力之间高度关联
- 人们往往同时遭受三种形式的暴力
- 任何一种暴力如与其他形式的暴力相关联，则遭受这种暴力与更高层次的心理痛苦直接或间接相关联。

这些结果与其他国家关于暴力与儿童精神卫生问题之间联系的大量文献相一致。⁵⁰

儿童期不良经历与一生中酒精和药物使用障碍、自杀、精神卫生问题、心脏病、其他慢性病、健康危险行为发生的可能性升高明确相关。这些不良经历也与受教育程度低、就业不足、低收入等有关联，而所有这些因素都对健康和福祉有着直接和间接影响。

10个主要死亡原因中，至少有5个与儿童期不良经历相关，其中包括导致预期寿命下降的几种因素，如心脏病、肺病、肥胖症等。⁵¹ 关于17个国家的儿童期不良经历的分析发现，18岁之前遭受过4次或更多儿童期不良经历的成年人，卷入人际暴力行为的可能性是未遭受过儿童期不良经历成年人的7至8倍，自杀未遂的可能性是未遭受过儿童期不良经历成年人的30倍。⁵²

关键信息

- 儿童期暴力是导致精神卫生问题出现和持续存在的关键风险。
- 儿童遭受暴力会引起毒性应激反应，造成直接和长期的生理和心理损害。
- 最常报告的暴力侵害儿童行为所致精神卫生问题包括：行为和情感问题；认知和态度问题；长期性问题。
- 儿童期不良经历与一生中酒精和药物使用障碍、自杀、精神卫生问题、心脏病、其他慢性病、健康危险行为发生的可能性升高相关联。

18岁之前遭受过4次或更多儿童期不良经历的成年人，卷入人际暴力行为的可能性是未遭受过儿童期不良经历成年人的7至8倍，企图自杀的可能性是未遭受过儿童期不良经历成年人的30倍。⁵³

暴力侵害儿童行为在生命不同阶段造成的精神卫生后果

暴力对儿童精神卫生状况的影响，**取决于儿童在成长和发育过程中遭受暴力的经历**。暴力可能始于胎儿期，严重影响子宫内儿童的神经系统和大脑。儿童出生前面临的**最大风险**是怀孕母亲遭受伴侣、配偶、其他家庭成员的家庭暴力侵害。

幼年

幼年时期，困难的家庭环境会给儿童带来压力，从而可能在之后生活中导致精神卫生问题。科学家们已经证明，虐待有可能在造成生理上的“嵌入”，甚至可能改变幼童大脑的结构和功能。⁵⁴

婴儿至学龄前的正常健康成长取决于其与照料者之间是否有安全稳固的关系。这种关系如果因遭受暴力等原因而被打断，儿童各方面的成长就会受到干扰。具体而言，这样的儿童可能永远无法形成正常的信任或自主能力。⁵⁵ 婴儿如果遭受暴力，可能破坏其与照料者之间的

稳固情感关系，使睡眠和饮食模式紊乱，甚至改变大脑的发育。

婴幼儿如果目睹家中或社区发生的暴力，会有以下表现：易怒、行为不成熟、睡眠障碍、悲伤、害怕独处，独立上厕所能力和语言能力倒退。⁵⁶

专栏7： 儿童期暴力破坏正常发育

遭受创伤尤其是遭受家庭暴力会对儿童形成信任的正常过程造成干扰，还会妨碍青少年探索和挑战界限的正常倾向(这种倾向有助于青少年自主能力的培养)。⁵⁷

最近有报告指出，一些幼儿有十分类似于成人的创伤后应激障碍的症状，包括脑中反复浮现创伤事件、回避、反应麻木等。⁵⁸

学龄前儿童尚不能完全控制自己的情绪。有研究述及学龄前儿童遭受暴力后在行为上会受到哪些影响，其中包括对父母有矛盾情绪、通过行为发泄情绪、抱怨、依赖或哭泣等。所有这些反应都可能是焦虑和创伤后压力造成的。⁵⁹

儿童期

在6至12岁这一时期，儿童开始认识到外界对他们的期望，并通过与周围的人比较获得自我意识。研究表明，家庭暴力对这个年龄段儿童的影响可包括造成负罪感和羞耻感，以及产生焦虑和创伤后应激障碍症状。⁶⁰ 相关儿童会开始在学校表现不佳，同伴关系也会受到影响。他们可能缺乏动力，或者由于胡思乱想而难以集中注意力。正是在这个时期，性别社会化开始发生，同时儿童也开始对公平与否、自己的需求是否得到了充分的满足做出判断。⁶¹

学龄儿童可能比学龄前儿童更有能力理解他们所经历或目睹的任何暴力事件的情况。这个年龄段的儿童或许能够利用更多可帮助其应对这些情况的内部资源(比如更复杂的认知能力)和外部资源(比如学校专业人员，或许还有关于家庭暴力的教育)。⁶²

然而，遭受暴力的学龄儿童和学龄前儿童一样，比一般同龄儿童更可能有睡眠障碍加重的情况，更可能不去自由探索和玩耍，也更可能不愿意去掌握所处的环境。⁶³此外，学龄儿童更有可能懂得他们所目睹或经历暴力是故意的，并更有可能忧虑自己本可做些什么来预防暴力，也更有可能认为是自己导致了暴力的发生。

专栏8： 社区暴力对学龄儿童的影响

一些研究证实，就生活在城市暴力事件多发街区的学龄儿童而言，遭受社区暴力与焦虑症状、抑郁症状、攻击行为之间存在关联。⁶⁴在遭受长期社区暴力的极端情形中，学龄儿童也可能表现出与创伤后应激障碍相似的症状。一些研究突出表明，儿童目睹暴力与作噩梦、害怕离家外出、焦虑、情感麻木等症状之间有关联。⁶⁵

青春期

认知心理学和神经科学研究已经改变了我们对青春期出现精神卫生问题潜在原因的认识。青春期发生的一个独特转变是，同伴的意见开始比父母和其他亲属的意见更加重要。这种同伴影响的力量使青少年对社会刺激非常敏感，并增加了他们采取冒险行为的倾向。

专栏9： 关于青少年和精神卫生的关键数据

- 接触暴力对青少年的影响可能包括引发抑郁症和自杀念头、约会暴力、物质滥用和使用暴力作为控制策略。全球有多达20%的青少年(15-19岁)存在精神卫生问题。
- 自杀是全世界青少年(15-19岁)死亡的第三大原因。
- 在低中收入国家，约15%的青少年曾考虑过自杀。
- 在当今全球范围内，精神障碍和物质使用障碍是导致儿童和青年残疾的主要原因。⁶⁶

青少年需要积极寻求身份认同，在这一关键阶段缺乏指导会导致他们作出糟糕的选择。⁶⁷性成熟过程和最初的性经历可能会由于接触暴力和暴力行为模式的延续而发生扭曲。由于接触暴力的经历已对青少年产生影响，而这种影响可能被他们自身违反规范和法律的行为或暴力行为所掩盖，因此青少年可能难以获得他们需要的适当类型或恰如其分的帮助。

关于青少年暴力问题的大量研究表明，暴力经历、特别是长期社区暴力经历贯穿成长过程始终的青少年往往表现出高度的攻击性和发泄行为。这往往伴随着焦虑、行为问题、学习成绩问题、旷课和寻仇行为。

暴力对青少年的影响更严重可能是因为他们比年幼儿童更多接触暴力。长期遭受创伤的青少年可能会对感情和痛苦麻木不仁，并可能随时间推移表现出情感发展受限。或者，他们可能会依附于同伴群体和帮派，以此替代家庭，并可能将暴力融入生活，作为处理争端或挫折的一种方式。⁶⁸



[照片4：16岁的Tommy[化名]站在爱尔兰都柏林。Tommy在社区中一直遭受警察和同伴的暴力和恐吓。Tommy认为，缺乏娱乐空间和设施是他所在社区发生暴力冲突的主要原因之一。

© UNICEF/UNI195867/Blundell]

代际影响

“他们可能是青少年，也可能是经历了艰辛童年的父母，因此这种经历如影随形，令他们无法释怀。所以他们让其他儿童付出代价，这让他们感到就像他们小时候所做的那样。”

Ava(化名)，加拿大⁶⁹

关于高收入国家暴力和精神卫生的代际影响的证据表明，母亲的童年逆境经历会造成可能持续一生甚至延续几代人的深远后果。⁷⁰ 这些后果包括儿童受到的抚养中断，依恋关系受损，教育和精神卫生状况不佳。

在低中收入国家，最近的研究表明，孕产妇遭受虐待和暴力经历可导致对待儿童的暴力态度和暴力倾向增加。⁷¹ 孕产妇抑郁还与儿童的情绪、行为和认知发展失调有关，包括自我报告的精神卫生问题、暴力风险和物质使用风险增加，以及教育成果不佳。⁷²

当儿童的照顾者遭受亲密伴侣暴力或儿童目睹暴力发生时，儿童也可能受到伤害。研究表明，在家中目睹暴力的儿童或与遭受亲密伴侣暴力的母亲共同生活的儿童，在家中遭受虐待的风险更高。还有证据显示，遭受家庭暴力的儿童更有可能对同伴或兄弟姐妹采取攻击性行为，而且更有可能作为受害者或施害者将暴力带入成年生活。目睹父母或照顾者之间的暴力行为也会影响儿童对暴力在家庭和亲密关系中可接受性的态度；这些态度反过来可能会传给下一代，使暴力循环持续不断。



关键信息

- 暴力对儿童精神卫生的影响取决于他们在成长和发展过程中的暴力经历。
- 儿童早期的暴力经历会阻碍形成安全的依恋关系，扰乱睡眠和饮食习惯，并改变大脑发育。
- 目睹暴力的婴幼儿可能会表现出过度易怒、害怕孤独、如厕能力和语言能力退化。
- 学龄儿童可能比较小的儿童更了解暴力的意图，并为自己本可以做什么来预防或阻止暴力而感到忧虑。
- 青春期使青少年对同伴的影响更加敏感，冒险行为的倾向也更强。接触暴力对青少年的影响可能包括引发抑郁症和自杀念头、物质滥用和使用暴力作为控制策略。
- 暴力经历会造成代际精神卫生影响，特别是母亲的童年逆境经历和所受亲密伴侣暴力造成的影响

不同环境中和不同形式暴力侵害儿童行为的精神卫生后果

暴力对儿童精神卫生的影响在成长各阶段有所不同，此外这些影响还取决于儿童经历的暴力形式和暴力发生的环境。表1总结了不同形式的暴力和不同环境中暴力行为造成的主要精神卫生后果。

必须指出，接触暴力本身并不是一种诊断。并非所有受特定类型暴力影响的人都会作出相同反应或从相同的干预措施中受益。

表1. 暴力的形式、发生环境和精神卫生后果

形式和环境	精神卫生后果
心理暴力	增加终生抑郁、焦虑、自卑、陷入不当关系或不融洽关系以及缺乏同理心的风险。 儿童期可能出现发育迟缓问题。
性暴力	一系列后果包括抑郁症、创伤后应激障碍、自杀风险、物质滥用、进食障碍、少女怀孕、危险的性行为、教育成果不佳以及受害者形成自身健康状况较差的观念。 ⁷³ 可能会扰乱身体的感觉，如痛感强度和饥饿感， ⁷⁴ 并扰乱注意力和工作记忆。 ⁷⁵ 对心理和情绪的影响尤其可能具有破坏性，因为根源于有害性别规范的保密做法、羞耻感和污名化意味着遭受性虐待的男童和女童往往不得不独自应对。
身体暴力和体罚	与行为障碍、焦虑症、抑郁症和物质滥用存在关联。 现有证据显示，体罚与攻击性增强、同理心减弱以及儿童接受和遵守道德规则的方式之间存在关联。 ⁷⁶ 与认知发展较慢和学习成绩较差有关。
忽视	与一系列行为、认知、发展和内化问题存在关联， ⁷⁷ 并且与其他形式的虐待一样具有潜在危害性。 ⁷⁸
欺凌	与较差的教育成果和精神卫生问题相关联，包括焦虑和抑郁、自杀想法和行为、自残和暴力行为，据发现，这些问题会一直持续到成年。网络欺凌会造成许多相同的后果，而且还与问题饮酒、吸烟和赌博的可能性增加有关。 ⁷⁹ 欺凌不仅影响受害者：儿童欺凌他人的行为与其童年和日后生活中较差的表现有关联。欺凌他人的儿童会表现出更多的外化问题，如反社会行为和冒险行为，以及日后的犯罪行为。欺凌的施害者和受害者出现心理问题和行为问题的风险都可能增加。
网络暴力	儿童在网上接触暴力和不当内容(如虐待儿童的材料、色情制品、仇恨言论材料和鼓吹自残、自杀和厌食等不健康或危险行为的材料)与攻击性行为、焦虑症和创伤后应激障碍症状等问题行为之间存在关联。最终儿童对他人的同理心和同情心也会减弱。网上对自杀的描绘可能导致模仿或“复制”自杀，这一点尤其很成问题。 ⁸⁰
机构照管的儿童	强有力的一致证据显示，机构照管对儿童的精神卫生具有负面影响，尤其体现为高比率的精神病症状、情绪问题和行为问题。系统性审查经常强调指出，在机构中遭到严重忽视与认知发展迟缓存在关联；而且还可能导致永久性残疾。 ⁸¹ 研究证实，年龄较小的儿童和长期生活在机构中的儿童在认知上受到的影响尤为不利。 ⁸²
被剥夺自由的儿童	被司法拘留的儿童的精神卫生问题严重程度明显高于社区中其他儿童，特别是在物质使用障碍、行为障碍和抑郁症方面。许多被拘留儿童还患有创伤后应激障碍和其他需要立即治疗的严重精神卫生问题。重要的是，据发现，被拘留儿童的精神卫生问题具有高度共病特征，即一种症状与其他症状并存。 ⁸³ 被拘留儿童的自残和自杀行为高于社区同龄人。被拘留青少年自杀死亡的可能性是其他青少年的4倍。 ⁸⁴ 因对移民采取措施而被拘留的儿童很容易因一系列因素出现严重的心理健康障碍，这些因素包括抵达前遭受酷刑和创伤、拘留期间家庭破裂、拘留时间长和对未来感到不确定，以及在拘留期间目睹创伤。 ⁸⁵

有害习俗	有害习俗会造成直接和长期的心理伤害。 例如，生殖器遭残割的女童和妇女出现精神卫生障碍的比率更高，特别是出现抑郁症、焦虑症、创伤后应激障碍以及没有明显生理原因的身体不适，如疼痛。⁸⁶ 对尼日尔和埃塞俄比亚童婚和心理健康的研究发现，早婚与心理健康(包括抑郁和焦虑)及活力和总体健康之间存在显著的负相关关系。即使在对社区层面童婚和暴力的普遍程度和平均心理健康状况进行调整后，这些相关关系仍然存在。这表明，即使考虑到童婚和其他社区变量所体现的社会规范，早婚也对心理健康有害。⁸⁷
社区中的武装暴力	研究显示，接触枪支暴力的儿童可能在心理上受到短期和长期的负面影响。这些影响包括愤怒、退缩、创伤后应激障碍、对暴力不敏感、睡眠紊乱、关于创伤事件的侵入性思维、在课堂上难以集中精力、学习成绩下降、教育和职业期望降低。其他后果包括攻击性行为、危险的性行为 and 物质滥用的情况增多。⁸⁸ 这种影响对于成为枪支暴力直接受害者的儿童或生活在反复目睹枪支暴力社区的儿童更为严重。
难民儿童	逃离迫害、酷刑或性暴力的难民出现急性和慢性心理障碍的风险很高。流离失所之前和之后经历的累积性创伤(如失所前受到伤害威胁、目睹他人遭受暴力、无法获得基本需求和失所后面临的保护问题、缺乏国家地位和遭到拘留)也是造成儿童整体痛苦的原因。⁸⁹ 经历过这些遭遇的儿童出现严重精神卫生问题、特别是日后患上创伤后应激障碍和抑郁症的风险要高得多。⁹⁰ 对30项难民研究的整合分析发现，符合创伤后应激障碍标准的儿童发病率在0-87%之间。⁹¹ 儿童报告说，害怕回忆创伤事件，担心这些事件再次发生，出现头痛，体重减轻，普遍焦虑和失眠症状。在各项研究中，抑郁症的发病率在35%至90%之间。 难民营中青年出现攻击行为或行为问题比率约为36%，其中男童比女童表现出更多的攻击行为。⁹²

疾病暴发	居家措施会使儿童面临更大的暴力和剥削风险。例如，生活在有虐待行为家庭中的儿童、接受替代照料的儿童、街头和人道主义环境中的儿童接受的服务中断可能意味着他们获得安全和支持的生命线被切断。 除了受到家庭、网络或其他环境中的暴力影响外，疾病暴发期间居家措施导致的隔离也对儿童的精神卫生造成一系列影响。 儿童可能会因为日常生活规律被打乱而苦恼，因为这会干扰他们的结构感、可预测感和安全感。儿童可能还会担心自己和亲人的安全，担心基本需求将如何得到满足，以及未来会发生什么。遭受过创伤的儿童或先前存在精神、生理或发育问题的儿童尤其容易出现情绪障碍。 儿童的反应和常见的痛苦迹象可能会因年龄、以往经历和通常应对压力的方式而有所不同。一些常见的变化包括： • 年幼儿童过度哭闹或烦躁 • 行为退化(如厕失控或尿床) • 过度忧虑或悲伤 • 青少年易怒和“发泄行为” • 学校表现不佳 • 避免他们过去喜欢的活动 • 原因不明的头痛或身体疼痛 • 使用酒精、烟草或其他药物。
国际国内武装冲突	所有证据都证实，战争和军事暴力对儿童和成人的精神卫生具有破坏性影响，会增加创伤后应激障碍、抑郁、焦虑和人格分裂症状(例如，对创伤性事件的回想；感觉与周围发生的事件暂时失去联系；在一段时间内无法记住任何东西)。⁹³ 创伤性脑损伤是冲突地区儿童的一个主要问题，并增加了随后出现精神卫生问题的可能性。⁹⁴ 必须牢记，这些环境中的压力因素相互关联，而且由于儿童无法获得生存和应对压力所需的支持服务，暴力对儿童的负面影响更加严重。 有系统的暴力对受害者以及那些治疗和帮助他们的人来说尤其痛苦。⁹⁵ 一个例子是伊黎伊斯兰国/达伊沙对伊拉克北部的雅兹迪少数民族犯下的极端暴力、酷刑、奴役、有系统的性暴力和招募儿童兵等罪行。从伊黎伊斯兰国逃脱的受害者中，近一半(42.9%)表现出完全的创伤后应激障碍，39.5%患有严重抑郁症。在伊黎伊斯兰国的受害者中，女性比男性更有可能患有创伤后应激障碍和严重抑郁症。酷刑和性暴力是预测患创伤后应激障碍和共病抑郁症的可靠因素。⁹⁶



[照片6：Maryam是一名逃离了影响尼日利亚东北部冲突的难民儿童，她于2015年3月30日在尼日尔东南部迪法大区Sayam Forage难民营画下这幅画。

4. 了解风险和保护因素

有效行动的基础在于查明致使儿童遭遇暴力和精神卫生问题的因素，以及能够保护他们免受这些问题困扰的因素。此外，降低风险并加强保护的统筹方法是任何成功预防和应对工作的基础。

风险因素

一些风险因素与特定形式的暴力侵害儿童行为相对应，但更普遍而言，各种类型的暴力行为具备若干共同风险因素。这体现为涉及不同形式暴力行为的多重受害现象的普遍存在。⁹⁷ 根据社会生态模型，个人层面、关系内部以及各个社区和社会之中都存在风险。⁹⁸ 同样，精神卫生状况的决定因素涉及多个生物、心理、社会和环境因素。⁹⁹

个人因素包括增加儿童或青少年成为暴力受害者的风险的生物和人口特征，例如性别、年龄、低教育水平、低收入水平、残疾或精神卫生问题；男女同性恋、双性恋或跨性别者；有害使用酒精和毒品；有遭受暴力史。上述许多特征也塑造了总体精神卫生状况。在此，必须考虑交织性对精神卫生差异和结果的放大影响。¹⁰⁰

关系因素源自与同伴、亲密伴侣和家庭成员的关系。这些因素包括孩子与父母或照料者之间缺乏情感依恋；教养无方；家庭功能失调和分离；与同伴一起从事非法活动；目睹父母或照料者之间的暴力行为；早婚或强迫婚姻。失去父母或近亲、孕产妇精神卫生状况不佳以及照料者吸毒也与儿童的不良精神卫生状况存在关联。¹⁰¹

社区一级的风险因素包括会增加童年暴力风险的学校、工作场所和居民区的特性。这些特性包括贫困、高人口密度、流动人口、低社会凝聚力、不安全的自然环境、高犯罪率以及当地毒品交易。研究指出，生活贫困并面临其他人口风险因素(例如单亲家庭、少数族裔地位)的儿童遭遇多重暴力的风险更大，不论其住房状况如何，或是否无家可归。¹⁰²

专栏10：对暴力的态度

对暴力的态度是决定各种环境中暴力风险状况的重要因素。2017年，Lansford等人在9个国家进行了一项纵向研究，研究发现，社区对暴力的接受度是预测父母会否暴力管教的因素。¹⁰³ 当社会接受使用暴力时，社会之子就会接受和认可使用暴力，特别是将其作为管教方式。¹⁰⁴ 研究还表明，教师对暴力的信念和态度将决定课堂上的暴力程度，因为教师对界定“正常”或适当行为的影响重大。教师的信念，即使其结果仅是不作为，也可能增加课堂上欺凌行为的范围和频率。¹⁰⁵

社会一级的风险因素包括会营造鼓励或漠视暴力的氛围的法律和社会规范。它们还包括文化规范，例如接受使用暴力来解决冲突，肯定男子对妇女和儿童的统治以及认为亲权重于儿童福祉。此类风险因素还包括维持经济、性别或社会不平等的卫生、经济、教育和社会政策；社会保障缺失或不足；治理薄弱；执法不力。

冲突、自然灾害和疾病暴发等紧急情况会使社会变得脆弱，并侵蚀在正常情况下可保护儿童的支助。父母以及对儿童重要的成人可能遭到杀害、致残或受到创伤，儿童可能不得不承担照料成人的责任。

在许多方面具有保护性并为精神卫生和心理社会支持提供切入点的学校可能会关闭、受损或成为军事袭击目标。随着家庭流离失所或陷入封锁以及安全社区空间消失，玩耍和建立友谊的机往往消失殆尽。

专栏11： 精神卫生和冲突：“过了一段时间，(暴力)成了我的一部分”

越来越多的证据表明，冲突期间社会结构、规范和角色的变化会对儿童精神卫生造成影响。若干研究描述了性行为的变化，包括提早发生性行为和童婚。流离失所并与家人分离的儿童很可能面临更高的剥削、高危性行为、性传播疾病和青少年怀孕的风险。¹⁰⁶ 儿童兵会付出惨痛的代价：在一些研究中，儿童描述了洗脑过程和控制方法，包括经常的身体和精神虐待、酷刑和暴力正常化。¹⁰⁷ 一个孩子说：“过了一段时间，(暴力)成了我的一部分”。¹⁰⁸

所有这些因素在社会生态模型的所有层面相互作用的方式与单一层面内任何一个因素的影响同等重要。

专栏12： 津巴布韦的儿童精神卫生和暴力

津巴布韦首次开展了一项研究，使用具有全国代表性的数据估测童年心理和身体暴力的风险因素，这项研究发现精神卫生不良与有害行为之间存在密切关联，这与国际研究结论一致。Chigiji等人证实，对女童而言，遭受身体暴力的重要风险因素包括：13岁之前经历过心理虐待；家中成人患病；社会经济状况；年龄。男童的风险因素包括同伴关系和社会经济地位，保护因素则包括有爱心的老师和值得信任的社区成员。心理虐待的风险因素各异，但包括家庭关系、教师和学校层面的变量、社会经济地位以及社区信任和安全。¹⁰⁹

保护因素

保护因素可归为三大类：儿童因素、家庭因素和家庭外因素。

儿童因素包括儿童的适应能力、个性、乐观精神和应对方式，以及理解和评价周围事件的方式。各项研究中述及的其他保护因素包括自尊和自我效能、个性和外表的吸引力、个人才华、宗教信仰、社会经济优势、良好的就学和就业机会以及有利于发展的人员和环境。¹¹⁰ 换言之：拥有安全、滋润的童年所孕育的机会、支持和信心的儿童。

专栏13： 儿童面对暴力时的应对策略

研究重点指出了儿童情绪调节应对策略的关键作用——许多研究人员将其定义为根据需要强化或缓解情绪的能力——在面对多种形式的暴力时，这是保护自身免受精神卫生症状困扰的方式。认为自己有能力进行情绪应对的儿童所报告的精神卫生症状较少。因此，无论从预防或治疗战略角度而言，儿童自身应对策略都能够抵御一些暴力风险的最有害影响。¹¹¹



[照片7：儿基会为中非共和国援建的近期获释的前儿童兵临时收容中心，16岁的Zainab[假名]直面阳光照耀下的墙壁。为给死去的未婚夫报仇，Zainab加入了武装组织，但接受招募后就惨遭男兵的性虐待。]

© UNICEF/UNI130546/Sokol]

复原力是一个关键问题，可决定哪些儿童在应对暴力风险时受到的有害影响较小。¹¹² 复原力是个人找到能够支持和维持自身健康和福祉的资源的能力。复原力在一定程度上属于个人特质，在某种程度也是一个受文化和环境影响的进程。对遭遇社区暴力行为的具有复原力的婴儿、幼童和青少年进行的若干研究一致确定了一些关键的发展保护因素。这些保护因素包括有爱心的成人、社区“安全区”和儿童自身的内部资源。证据还表明，帮助儿童或青少年增强自身复原力可以减少、甚至预防环境风险因素对他们的影响。¹¹³

家庭因素包括儿童与父母、兄弟姐妹和大家庭成员的关系的强度和性质。帮助儿童应对暴力风险的最重要保护资源是与有能力、有爱心、积极向上的成人(通常是父母)建立的牢固关系。在父母或其他重要成人的良好教养下，儿童即使在逆境中也能继续其认知和社会发展。

孕产妇教育是一个保护性因素，在缓解与家庭内外困难相关的风险方面可以发挥关键作用。¹¹⁴ 例如，高收入国家中孕产妇教育水平低导致儿童认知、行为和情绪挑战的风险增加。¹¹⁵ 在资源匮乏环境中接受过高等教育的母亲更有可能与子女进行较高质量的互动，更了解子女的发展，并提供更高质量的家庭激励，家中可能有更多的藏书。将儿童激励纳入卫生和营养干预措施亦可产生保护效果，包括在人道主义环境中。

家庭外因素包括来自同伴或成人(如教师和社区领袖)的积极关系和社会支持。有证据表明，积极的学校氛围可以保护免受精神卫生问题和同伴施害，即使在社区暴力高发的场所。总体而言，遭遇严重社区暴力以及负面学校氛围的學生的发展状况最差。¹¹⁶ 抵御歧视的文化习俗、社会规范和法律框架亦至关重要。

关键信息

- 采取有效行动预防和应对童年暴力及其对精神卫生的影响的基础是查明致使儿童遭遇风险的因素以及能够保护儿童的因素。
- 风险因素存在于各个层面：个人、家庭/关系、社区和社会。
- 这些风险因素在不同层面的相互作用与单一层面内任何特定因素的影响同等重要。
- 保护因素可归为三大类：儿童因素、家庭因素和家庭外因素。



[照片8：开普敦市Lower Crossroads居民区，名为“美丽之门”的遭虐待和遗弃儿童中心的艺术疗法课程上创作的儿童微笑自画像。

© UNICEF/UNI45429/Pirozzi]

5. 有效措施：有效预防和应对的证据

“受害者不想让这段经历成为他们余生的标记。为什么我们的制度让我为自己所受的冤屈感到羞耻？为什么是我们要羞愧地掩起自己的脸？我不会给施虐者机会来编写我的故事。”

Sophie, 肯尼亚的幸存者和倡导者¹¹⁷

与以往任何时候相比，我们拥有关于预防和应对暴力侵害儿童的干预措施的更多的数据、研究和其他证据。¹¹⁸ 世卫组织指出，越来越多的证据表明，按照其《2013-2020年精神卫生行动计划》所述，采取干预措施促进儿童精神卫生及预防和治疗精神卫生疾病具有**成效和成本效益**。¹¹⁹ 世卫组织本身也推出了一些倡议，旨在加强精神卫生保健系统和提供心理社会干预措施以促进、预防和照料儿童和青少年。¹²⁰

柳叶刀全球精神卫生和可持续发展委员会还确定了一系列的必要干预措施，以预防精神疾病和药物滥用，并提供治疗和护理以促进康复。¹²¹ 该委员会强调指出了**有可能扩大规模的创新干预措施**，这些措施可通过常规卫生保健或其他现有平台提供。

以孕产妇精神卫生、母婴互动、玩耍和激励为重点的预防性干预措施对母婴均有长期的积极效益。促进及早开始母乳喂养和与母亲密切身体接触并提高孕产妇反应的措施尤为重要，因为它们建立依恋并降低虐待儿童风险。此外，家长教育和多重干预措施(将家庭支持、学前教育、育儿技巧和儿童护理结合起来)在预防虐待儿童以及减少遭遇逆境和受武装冲突影响的儿童的精神卫生问题方面展现了曙光。¹²²

2018年，Patel等人为柳叶刀委员会进行了193项研究的整合分析，根据分析，孕产妇抑郁与其子女精神卫生疾病(内化和外化)增加之间存在密切关联。同样，强有力的证据表明，采取干预措施支持罹患精神卫生疾病的母亲有助于减少其子女的内化和外化问题，并预防童年精神卫生问题。针对新母亲及其婴儿的家访方案特别有用，前提是这些方案包括发现和治疗孕产妇抑郁以及提供

心理社会干预措施，将其作为常规产前和产后护理服务的一部分。¹²³

投资于育儿和儿童福利干预措施对于打破暴力、贫困和精神疾病跨代传播的恶性循环至关重要。育儿干预措施的目的是修正可能对儿童构成风险的照料环节，例如，推动非暴力管教或帮助父母更好地了解暴力对子女发展的潜在影响。美国心理学协会表示，一系列以家庭为重点的预防方案已经过测试，并产生了真正的影响，其中几项方案还被证明具有成本效益。¹²⁴ 例如，美国的“护士家庭伙伴计划”的家访方案显示，每投资1美元能节省3至6美元。¹²⁵

柳叶刀委员会认定，对发育迟缓的学步幼童采取干预措施，提供心理社会激励和育儿支助，可在人生后期的成年功能和劳动力市场成果方面取得重大收益。在学校内，注重培养社交和情感技能、解决问题和应对方式的生活技能培训被视为培养所有年龄段儿童情感和社交能力的最佳做法。¹²⁶

关于为资源匮乏环境中儿童的精神卫生问题提供治疗、护理和康复，针对儿童的一揽子基本干预措施可列入育儿技能培训方案，这些方案已显示对存在发展、行为和情感问题的儿童行之有效。¹²⁷

例如，**社区康复模式**是一种基于人权的方法，依托于社区的固有优势，并涉及残疾人、家庭成员和志愿人员。此类方法应该得到当地卫生专业人员的支持，以便在可能的情况下将其纳入主流服务。这些方法还应根据当地的具体需要和资源进行调整。

针对发育迟缓和失调儿童的社区康复方案的成果突显了当地社区对方案的接受度以及方案的效益。¹²⁸ 还有证据支持使用同伴支助小组(包括父母和儿童)以及帮助心理社会残障儿童的临时服务。¹²⁹

专栏14： 变革浪潮—南非

“变革浪潮教会了我要独立，对明天抱有希望。如果我跌倒，我知道自己可以再站起来。生活充满挑战，但我不会放弃。”

“变革浪潮”参与者

“变革浪潮”冲浪疗法为生活在南非开普敦动荡社区的弱势年轻人提供精神卫生服务。被转介到该方案的年轻人都经历过对其精神卫生产生重大影响的不良童年事件：

- 37%目睹了有人被枪击、刺伤或袭击
- 35%曾有家庭成员过世
- 28%经常挨饿，在家没有食物
- 21%遭受了成人的身体攻击。

“变革浪潮”将循证思维和身体治疗与冲浪结合，以解决精神和身体卫生问题。该方案由社区教练讲授，他们接受过利用当地冲浪环境接触和支持年轻人的培训。

年轻人从学校、社区服务机构和政府机构转介而来。他们进入为期12个月的方案，参加每周一次的冲浪训练营，与导师和其他人建立融洽关系。

12个月后，大多数参与者展现出更好的情绪调节能力，也更加乐观。教师和家长都注意到，参与者更冷静，在学校更投入，抗压能力更强。

“变革浪潮”方案现已扩展到南非各地的五个地点，并在利比里亚设立了一个新方案。¹³⁰

“过去，当我被其他孩子欺负时，我变得极具攻击性，但村辅导员帮了大忙。我现在可以应对不同的情况和人。”

SOS儿童村的女童¹³¹

在童年后期和青春期，有更多的机会缓解早期不利造成的影响，增强复原力，减少在生命这个阶段开始变得严重的疾病的有害后果。加强社交和情感能力的干预措施可以起到预防作用。这些措施往往旨在加强情绪调节，常以生活技能教育、正念训练作为途径，甚至会采取瑜伽的形式。¹³²同时，父母和其他家庭成员、同伴、学校、社区可以形成关键的核心圈子来保护青少年。包含正面辅导和谋生机会的干预措施也能产生有益效果。

“世卫组织-儿基会帮助青少年茁壮成长”倡议旨在就侧重社区、家庭、青少年的战略提供方案指导，促进青少年精神卫生，预防精神卫生问题，减少青少年的自我伤害等危险行为。¹³³

社区和学校的普遍社会情感学习干预措施可促进儿童的社交和情感功能，提高学习成绩，减少吸烟和少女怀孕等危险行为。社会情感学习干预措施可以由同伴、教师、辅导员来实行，将活动纳入青年方案或学校课程(例如南非的智慧健康方案)。¹³⁴

最有效的干预是采用**全校参与的方法**，在促进和支持良好精神卫生的校风及物质和社会环境的支持下，由教职员工、学生、家长、当地社区共同参与进行社会情感学习干预。这些干预措施通过提高自我效能和信任、减少欺凌等风险直接发挥作用。经济分析表明，学校的社会情感学习干预具有较高的成本效益，能改善健康状况，还能减少刑事司法系统的支出，从而节省开支。¹³⁵

“老师给我们看了一张纸，说我们可以在上面乱涂乱画，在上面盖章，可以揉皱它，但不能撕掉它。然后她让我们再试着把它弄直，但要把所有的折痕都弄平是不可能的。然后她说，当人被欺凌时，就是这样”。

挪威的11岁男孩¹³⁶

努力解决青少年自杀问题至关重要，因为青少年的自杀想法和自杀行为已成为主要的公共卫生问题。预防战略包括：以社区和学校为基础对学生进行技能培训，识别问题青少年，教育初级保健医生，教育媒体专业人员负责任地对自杀事件进行报道，限制获得自杀手段(如火器、杀虫剂、药物)。

“青少年精神卫生意识”倡议是校内有效干预的例子，其内容是培训青少年掌握解决问题和应对问题的技能。¹³⁷

加拿大的“起步并日益强大”方案则是社区有效干预的例子。该方案使问题青少年有机会参加社区活动和基于土地的活动，让他们能与努纳齐亚武特(拉布拉多省)奈恩起正面榜样作用的成年人建立关系。

有针对性的预防干预措施重点关注因以往经历而更容易罹患精神疾病的青少年，或是有症状表明其即将患上此类疾病的青少年。通过干预措施(包括认知技能培训等)帮助青少年应对问题、增强复原力，有助于防止焦虑、抑郁、自杀。¹³⁸

世卫组织就如何帮助遭受性虐待的儿童和青少年发布了临床指南，还就卫生部门如何应对虐待儿童问题发布了一般性指南。这些指南旨在帮助一线卫生工作者在了解创伤知识的情况下提供有据可依的优质保健服务。指南的内容包括心理和精神卫生干预，如采用针对创伤的认知行为疗法，以及在安全条件下让非侵害方照料者参与进来。¹³⁹



[照片9：在玻利维亚圣克鲁斯的伊格纳西娅中心，一名少女抱着一只毛绒熊。该中心为性虐待幸存者提供庇护和其他支持，包括咨询和教育。

© UNICEF/UNI137672/Friedman-Rudovsky

专栏15： 针对创伤的认知行为疗法一例

针对创伤的认知行为疗法是一种结构化短期治疗模式，在帮助受创伤儿童和有创伤后应激障碍及其他创伤性生活事件所致困难的父母或照料者方面取得了一系列更好的成果。治疗一般包含8至16个疗程，持续时间60至90分钟，对儿童和(或)非侵害方照料者单独或成组进行。

孩子们学习应对技能，以帮助其管控对创伤记忆的情绪反应。这种方法也可以帮助父母应对孩子的创伤经历。

针对创伤的认知行为疗法现已广泛实施，其效用也得到了广泛评估。在高资源和低资源环境中以及在应对多样、多重、复杂的创伤经历方面，均已有证据显示这种疗法有效。

例如，这种模式已在赞比亚用于个人及其家人的治疗，在刚果用于男孩和女孩群体，在肯尼亚用于针对受创伤性悲痛影响群体实施的现有服务或方案。该模式正在肯尼亚、坦桑尼亚、赞比亚实施。针对创伤的认知行为疗法方案也纳入了柬埔寨遭性贩卖青少年庇护所的工作。¹⁴⁰

世卫组织还编写了《非专科卫生环境中精神、神经和药物滥用障碍精神卫生差距干预指南》，¹⁴¹ 就如何使用非专科服务提供者临床决策规范对重点疾病进行综合管理作出了规定。该指南包含一个儿童和青少年模块，侧重于生态和社会心理保健服务方法。

世卫组织《心理急救：实地工作者指南》提供了技能和能力指导，使儿童工作者能够减少意外、自然灾害、冲突、人际暴力行为等危机造成的初期痛苦。¹⁴² 其他重要的资源有拯救儿童会编写的《儿童工作者心理急救培训手册》、拯救儿童会和红十字会与红新月会国际联合会社会心理中心制定的《儿童复原力方案》。¹⁴³

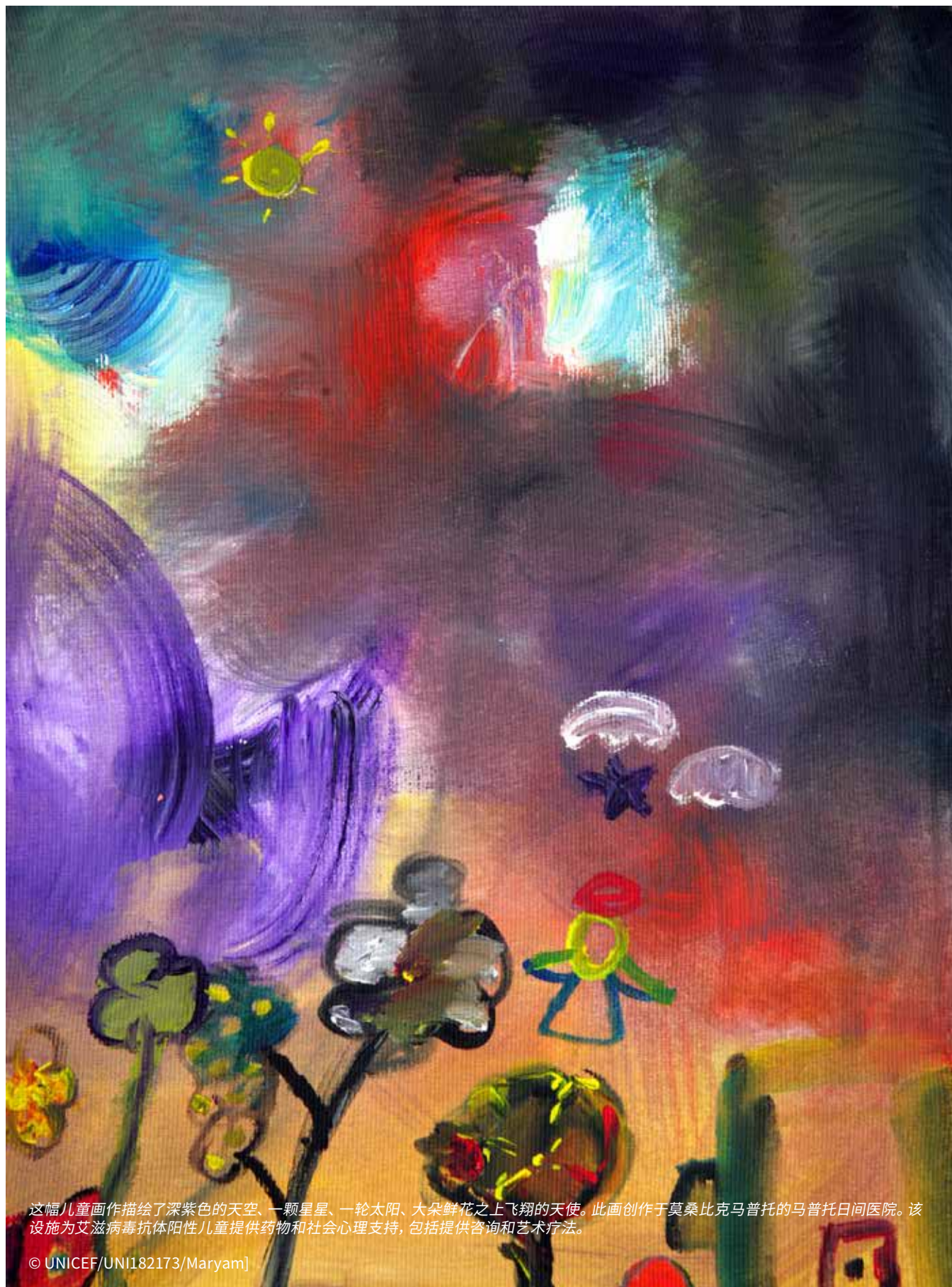
机构间常设委员会《紧急情况下精神卫生和社会心理支持指导方针》¹⁴⁴ 旨在加强社区现有的复原力，避免将痛苦医疗化，并积极促进各项服务的使用。指导方针还旨在积极查明病例，进行转诊以采取适当干预措施，并将精神卫生纳入紧急医疗和社会照护应对措施。在每个阶段，地方社区成员和主管部门发挥积极作用对于行动的协调和成功、对于提高地方的能力和可持续性，都至关重要。协调一致的应对措施应确保行动和干预措施为可持续精神卫生保健系统奠定基础。¹⁴⁵ 机构间常设委员会还为COVID-19大流行期间的多部门精神卫生和社会心理支持方案制定了业务指南，其中有一章专门针对儿童。¹⁴⁶

儿基会《人道主义环境中社区精神卫生和社会心理支持业务指南》就儿童所需的各种支持提供了指导，范围既包括基本服务，也包括家庭/社区支持，还包括临床心理健康护理。¹⁴⁷ 此外，儿基会和世卫组织还正在制定经过

成本评估的成套基本服务方案，用于在新的紧急情况下以及在目前旷日持久的冲突环境中提供精神卫生和社会心理支持。该方案的范围涵盖保健、教育、保护，将有助于在这些关键领域为儿童建立安全网。

关键信息

- 越来越多的证据表明，对儿童和青少年、包括那些经受过暴力伤害的儿童和青少年采取干预措施，促进精神卫生，预防精神疾病，是非常有效且成本效益高的。
- 注重产妇精神卫生、母婴互动、游戏、激励的预防性干预措施对儿童和青少年具有积极和长期的益处。
- 育儿和儿童福利干预措施是打破代际暴力、贫困、精神疾病恶性循环的关键投资。
- 社区康复方案的证据表明这些方案为当地人所接受，对于有发育残疾的儿童有积极益处。
- 在学校开展生活技能培训，是培养各年龄段儿童情感和社交能力的最佳实践范例。
- 学校的社会情感学习干预措施能改善健康状况并减少刑事司法系统的支出，切实节省了开支。
- 最有效的青少年自杀预防策略包括技能培训、初级保健医生教育、媒体负责任地报道自杀事件、限制获取自杀手段的途径。
- 世卫组织发布了临床指南，支持一线卫生工作者和精神卫生工作者在了解创伤知识的情况下为受暴力行为侵害的儿童提供有据可依的优质护理，并为发育迟缓和有情绪或行为问题的儿童提供精神卫生护理和社会心理支持。
- 日益增多的证据显示在紧急情况下能够对有精神卫生问题的儿童进行有效的临床干预。



这幅儿童画作描绘了深紫色的天空、一颗星星、一轮太阳、大朵鲜花之上飞翔的天使。此画创作于莫桑比克马普托的马普托日间医院。该设施为艾滋病病毒抗体阳性儿童提供药物和社会心理支持，包括提供咨询和艺术疗法。

© UNICEF/UNI182173/Maryam]

6. 为儿童营造并与儿童一起建造有利于增强权能的培育性、保护性环境

在努力应对暴力侵害儿童行为对精神卫生的影响时，应遵循《儿童权利公约》和《残疾人权利公约》等国际人权标准，并与《2030年可持续发展议程》保持一致，同时必须反映现代公共卫生方法。这种方法的一个关键原则是，良好的精神卫生状况不仅仅是指没有精神疾病。

要维护暴力行为儿童受害者享有尽可能高的精神卫生标准的权利，就需要在健全的法律和政策框架的基础上采取**全面和协调的行动**。精神卫生支持必须是儿童核心保护服务的一部分，并应采取基于儿童权利的多部门办法来增进精神卫生支持。这种多部门办法需要解决儿童在各个层面遇到的风险，并确保为一切有需要的人提供优质的精神卫生保健。世卫组织《2013-2020年精神卫生行动计划》、¹⁴⁸ 柳叶刀全球精神卫生和可持续发展委员会¹⁴⁹ 等指导各国在这一领域采取行动的重要框架已经到位。

为儿童营造有利于增强权能的培育性、保护性环境，起点应是保护和促进每个人的精神卫生，并应处理精神卫生的社会经济决定因素。这对于创造条件让儿童得以发展、茁壮成长、发挥潜力是至关重要的。

为了实现这一目标，关键要从在生命中最敏感的发育期影响精神**卫生的社会和环境因素着手**，应对社会生态模式各个层面的风险。许多可持续发展目标具体针对这些因素，而在实现这些目标方面取得进展有可能促进精神卫生并减轻全球因精神疾病而承受的负担。

为达到预防的目的，需要将普遍干预和重点干预相结合，特别是要关注弱势群体的需求。这包括采取行动解决损害儿童精神卫生的污名化、歧视、有害的社会规范、侵犯人权的问题。此外，预防工作还必须应对气候变化、日益加剧的不平等、疾病爆发等全球性挑战对精神卫生构成的日益严重的威胁。

必须扩大儿童精神卫生服务，将其作为全民健康覆盖的重要组成部分，并应将其充分纳入其他保健战略和暴力预防战略。应在社区提供优质服务，从而尽可能避免发送专门机构和运用医疗途径。在制定服务措施时，最好避免创建仅针对暴力行为受害者的精神卫生服务，因为这样做可能会导致污名化。

必须发展社区综合保健和社会照护服务，确保照护者提供的服务之间具有连续性，确保正规照护者和非正规照护者之间开展有效协作，并切实促进自我照护。儿童精神卫生问题的早期发现和干预也至关重要。

赋予儿童权利，使其能参与有关自身照护问题的决定，这是《儿童权利公约》规定的一项权利，也是基于权利的精神卫生办法的根本。许多青少年已经在促进其自身精神卫生和福祉方面以及在同伴互助倡议中发挥带头作用。¹⁵⁰ 无论是线上还是线下，他们都在大量参与精神卫生方案拟定。然而，他们的声音仍然很少被听到。应对措施的设计、实施、评估必须反映患有精神疾病和社会心理残疾的儿童的观点和经历。

“我不得不在接受和毁灭之间做出选择。我意识到如果我不接受我的过去，它就会摧毁我。放下痛苦不是一件容易的事，但我知道这样做是最好的”。

‘李’，泰国的幸存者，也是一名警官。¹⁵¹

至关重要，要有适当数量且公平分配的有能力、敏感、有适当技能的卫生和社会服务专业人员。同样重要的是，培养一般和专科保健和社会服务工作者的知识和技能，使他们能够提供有证可依、符合文化、面向人权的精神卫生服务、社会心理服务、保护性服务。还必须加强教育部门、卫生部门、儿童保护部门之间的联系，包括确保这些部门之间进行适当的转介。

需要大量额外投资来促进和保护儿童的精神卫生。在COVID-19大流行造成重大损失、对父母子女的精神卫生带来明显影响的情况下(见专栏3)，尤其需要加大投资力度。在大流行之后加强卫生系统至关重要，加强措施必须包括加强儿童和青少年精神卫生服务及扩大儿童保护系统。

专栏16： 儿童和青少年对如何促进和保护其精神卫生的看法

欧洲青年顾问网络为欧洲儿童监察专员网络提供咨询。2018年，前者开展了一个关于如何总体促进和保护儿童精神卫生的项目。该项目最终向教育和卫生部门以及政府、社区和媒体提出了建议。¹⁵²

教育

- 对教师进行更多培训，以改进儿童精神卫生问题的预防和检测
- 对儿童进行更多关于其权利、精神卫生、多样性的教育
- 在学校开展更多关于精神卫生的讨论，帮助减少污名化和歧视
- 创造安全空间，使儿童可以到那里寻求帮助，而不必害怕受到指责
- 学校对情感发展予以同等重视，而不仅仅关注学业上的成功。

卫生

- 开展更多提高认识活动，减少污名化并鼓励青少年寻求帮助，特别是开展同伴互助活动
- 传递更多积极信息，关注增强精神卫生的实用解决方案，如健康饮食、定期锻炼、拥有可信赖的人组成的支持网络
- 儿童应该能够在没有父母同意的情况下寻求专业帮助，应将能给予医疗同意的年龄至少降低到16岁
- 缩短儿童精神卫生服务的等待名单，确保由接受过适当儿童问题培训的人员提供治疗
- 尽可能为儿童提供社区服务
- 设立24/7全天候儿童求助热线，提供信息和支持
- 采取的方法不仅要儿童和青少年进行药物治疗，而且还促进积极的家庭关系、解决冲突、建立信任、减少攻击性。

媒体

- 在提高公众对精神卫生事务的认识时，注意保护有精神卫生问题的人免受污名化伤害
- 使用儿童可以访问并经常使用的平台和内容。

政府

- 就儿童权利、儿童成长、子女的痛苦迹象对父母进行教育
- 为孩子和家长开设关于促进健康关系的讲习班
- 以谨慎的方式向有需要的家庭提供经济援助
- 为残疾儿童和面临健康问题的儿童提供有效的服务，以便他们在需要时可以寻求支持，并有适当的基础设施(如坡道)予以便利，从而确保他们能够充分参与所有活动
- 确保法律不歧视任何患有精神疾病的人。

社区

- 在社区内创造空间，使儿童和成年人可以讨论任何影响他们的问题
- 为儿童在业余时间自由参与体育文化活动提供机会。

然而，与此同时我们眼前就有机会以最有效率和效能的方式利用现有资源，包括：

- 将精神卫生预算从大医院重新分配到地区医院和基于社区的地方服务点
- 针对儿童和青少年中新出现的精神疾病采取早期干预措施
- 发展儿童和青少年精神病照护中间机构(如“青少年之家”)，减少交送医院和污名化，使针对儿童和注重青少年的保健服务更易于获得
- 将促进精神卫生、预防、保健服务纳入已建立的平台(包括学校和数字平台)，以实现儿童和青少年的良好健康和福祉¹⁵³
- 支持社会情感学习方面的教师培训。

同时，**需要增加对研究和创新的投资**。有必要纠正目前大多数研究在高收入国家进行、由高收入国家进行的不平衡现象，确保低收入和中等收入国家有符合其文化且成本效益高的战略，来应对儿童特别是遭受暴力侵害儿童的精神卫生需求和优先事项。为采取有效行动促进这些儿童的精神卫生，需要获得以下关键信息：

- 相关儿童精神卫生问题的患病率和性质
- 政策及立法、干预、服务的覆盖面
- 健康结果数据
- 社会和经济结果数据
- 由儿童和青年主导的研究。

这些数据需要按性别和年龄分类，并反映各亚人群的不同需求，包括来自不同地理区域和脆弱社区的个人。

最后，随着国际社会在**“到2030年实现可持续发展目标行动十年”**方面不断前进，必须建立监测和问责框架。这些框架必须确保采取有效行动，促进所有儿童的精神卫生，防止遭受暴力侵害的儿童罹患精神疾病，并向一切有需要者提供治疗和护理。

。

关键信息

- 在应对暴力对儿童精神卫生的有害影响方面，应遵循《儿童权利公约》和《2030年可持续发展议程》。
- 良好的精神卫生状况不仅仅意味着没有精神障碍。
- 必须创造条件让所有儿童得以发展、茁壮成长并发挥潜力。
- 需要采取全面和协调的行动保护儿童的身心健康，包括采取跨部门和多利益攸关方做法。
- 必须优先预防因遭受暴力侵害而引发的精神卫生问题，同时要应对存在于社会生态模式各个层面的风险(这些层面包括单个儿童、家庭、社区系统、社会规范、政策)。
- 为达到预防的目的，需要将普遍干预和重点干预相结合，特别是要关注弱势群体的需求。
- 必须扩大儿童精神卫生服务，将其作为全民健康覆盖的重要组成部分。
- 应在社区提供优质服务，尽可能避免交送专门机构和运用医疗途径。
- 在此问题上采取行动的核心环节是，必须在符合伦理的前提下让儿童有效地参与其中，包括支持其开展同伴之间的活动。
- 为确保人们获得保护性、促进性精神卫生和社会心理服务，必须有适当数量且适当分布的有技能的精神卫生专业人员、社区精神卫生工作者、社会服务工作者、训练有素的教育者、学校辅导员。
- 在儿童和青少年精神卫生系统和服务以及研究和创新方面，需要进行大量额外投资，同时需要采取行动最大限度地利用已投入的资金。
- 必须建立健全的监测和问责框架，确保采取有效行动支持遭受暴力侵害儿童的精神卫生

NOTES

1. ECPAT International, 'Matthew: Not speaking was like an emotional cancer', *Survivors' Voices*, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/matthews-story-survival-justice/>>.
2. Hillis, Susan D., James A. Mercy and Janet R. Saul, 'The Enduring Impact of Violence against Children', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 4, 2017, pp. 393-405.
3. 世界卫生组织, “青少年精神卫生: 重要事实”, 世卫组织, 2019年10月23日, 日内瓦, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>。
4. 世界卫生组织, “加强我们的应对活动”, 世卫组织, 2018年3月30日, 日内瓦, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>。
5. 同上。
6. Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *The Lancet*, vol.392, no.10157, October 2018, <<https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>>。
7. 世界卫生组织和古尔本基安全全球精神卫生平台。《促进社会心理性残疾儿童的权利和社区生活》。世界卫生组织, 2015年, 日内瓦。
8. 联合国儿童基金会, “暴力导致的死亡”, 儿基会, 2017年11月, 纽约, <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths>>。
9. Ligiero, Daniela, et al., *What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review*, Together for Girls, Washington D.C., 2019, <<https://www.togetherforgirls.org/svsolutions>>。
10. WePROTECT Global Alliance, *Global Threat Assessment 2019: Working together to end the sexual exploitation of children online*, End Violence Against Children, New York, 2019 <<https://static1.squarespace.com/static/5630f48de4b00a75476ecf0a/t/5deecb0fc4c5ef23016423cf/1575930642519/FINAL+-+Global+Threat+Assessment.pdf>>。
11. 联合国毒品和犯罪问题办公室, 《2018年全球人口贩运问题报告》, 毒品和犯罪问题办公室, 2018年, 维也纳(联合国出版物, 出售品编号: E.19.IV.2), <https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni/_global_report_on_trafficking_in_persons_2018.html>。
12. 暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室, 《信守诺言: 到2030年消除暴力侵害儿童行为》, 暴力侵害儿童问题特代办, 2019年, 纽约, <<https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>>。
13. Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies'. *Lancet*. 2012; 380: 899-907.
14. 联合国教育、科学及文化组织, 《数字背后: 结束校园暴力和欺凌》, 教科文组织, 2019年, 巴黎。<<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>>。
15. 联合国儿童基金会, 《熟悉的面孔: 儿童和青少年生活中的暴力》, 儿基会, 2017年, 纽约。<<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>>。
16. 同上。

17. Stoltenborgh, Marije, et al., 'The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence', *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 21, no. 8, 2012, pp. 870-890.
18. Wincentak, Katherine, Noel Card and Jennifer Connolly, 'Teen Dating Violence: A meta-analytic review of prevalence rates', *Psychology of Violence* vol. 7, no. 2, 2017, pp. 224-241.
19. ChildFund Alliance, Small Voices, Big Dreams 2019: Violence against children as explained by children, ChildFund Alliance, New York, 2019, <https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Report_Small_Voices_Big_Dreams_2019.pdf>.
20. Leoschut, Lezanne and Zuhayr Kafaar, 'The Frequency and Predictors of Poly-victimisation of South African Children and the Role of Schools in its Prevention', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 81-93.
21. Bulger, Monica and Patrick Burton, 'Online Violence in Schools: Cyberbullying and other adverse online experiences', cited in Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
22. Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
23. 联合国儿童权利委员会, 第13号一般性意见, “儿童免遭一切形式暴力侵害的权利”, CRC/C/GC/13, 儿童权利委员会, 2011年4月18日, 日内瓦, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf>。
24. 世界卫生组织, 《INSPIRE: 制止暴力侵害儿童行为七项战略》, 世卫组织, 2016年, 日内瓦, <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire-package>。
25. 联合国儿童基金会, 《儿基会2018年针对儿童的人道主义行动: 概览》, 儿基会, 2019年, 纽约, <https://www.unicef.org/publications/index_102492.html>。
26. 世卫组织, INSPIRE。
27. End Violence against Children, 'Leaders Call for Action to Protect Children from Violence and Abuse during COVID-19', End Violence against Children, New York, 24 April 2020, <<https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-violence-and-abuse-during-covid-19>>。
28. Cuevas-Parra, Patricio and Maria Stephano, Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges, World Vision International, Geneva, 2020, <<https://www.wvi.org/publications/report/world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19>>。
29. Meinck, Franzisca, et al., 'Disclosure of Physical, Emotional and Sexual Child Abuse, Help-seeking and Access to Abuse Response Services in Three South African Provinces', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 94-106.
30. Perezniето, Paola, et al, The Costs and Economic Impact of Violence against Children, Overseas Development Institute and ChildFund Alliance, London, 2014, <<https://www.odi.org/publications/8845-costs-and-economic-impact-violence-against-children>>。
31. Peterson, Cora, Curtis Florence and Joanne Kleven, 'The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015', *Child Abuse and Neglect*, vol. 86, 2018, pp. 178-183.
32. Fang, Xiangming, et al., 'The Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Western Pacific Region', *Child Abuse and Neglect*, vol. 42, 2015, pp. 146-62.

33. Kumar, et al., 'Ending Violence in Childhood'.
34. United for Global Mental Health, 'Children and Mental Health: Time to act', UGMH, London, n.d., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5d77825213f0f97c808115d6/1568113238548/Children+and+mental+health+-+Time+To+Act+FINAL.pdf>>.
35. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
36. 同上。
37. 同上。
38. Mental Health Foundation, 'Children and Young People', Mental Health Foundation, London, January 2016, <www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people>.
39. Erskine, Holly, et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, August 2017.
40. Child Helpline International, *Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018*, Child Helpline International, Amsterdam, 2019, <<https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/publications/voices-of-children-young-people/>>.
41. Bloom, David, et al., *The Global Economic Burden of Non-communicable Disease*, World Economic Forum, Geneva, 2011, <https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>.
42. Hillis, et al., 'The Enduring Impact of Violence against Children'.
43. Stapleton, Jane G., et al., 'The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes', *White Papers and Other PIRC Reports 6*, New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence, Concord N.H., 2011, <https://scholars.unh.edu/pirc_reports/6/>.
44. Stapleton, et al., *The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes*.
45. Murphy, Kevin D., et al., "'You don't Feel": The experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland', *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 50, no. 2, 2018.
46. Thoresen, Siri, et al., 'Violence against Children, later Victimization, and Mental Health: A cross-sectional study of the general Norwegian population', *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, no. 1, January 2015.
47. Kolltveit, Silje, et al., 'Risk Factors for PTSD, Anxiety, and Depression among Adolescents in Gaza', *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, no. 2, April 2012.
48. Merrick, Melissa T., et al., 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015–2017', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, no. 44, November 2019.
49. Fan, Amy Z., et al., 'Applying Structural Equation Modeling to Measure Violence Exposure and Its Impact on Mental Health: Malawi violence against children and young women survey', *Journal of Interpersonal Violence*, November 2017, doi: 10.1177/0886260517741214.
50. Chan, Ko Ling, et al., 'Associating Child Sexual Abuse with Child Victimization in China', *Journal of Pediatrics*, vol. 162, 2013, pp. 1028–1034; Ford, Julian D., et al., 'Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents', *Journal of Adolescent Health* vol. 46, 2010, pp. 545–552;

- Segura, Anna, et al., 'Poly-victimization and Psychopathology among Spanish Adolescents in Residential Care', *Child Abuse & Neglect* vol. 55, 2016, pp. 40–51; Soler, Laia, et al., 'Impact of Poly-victimization on Mental Health: The mediator and/or moderator role of self-esteem', *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 28, no. 13, May 2013, pp. 2695–2712.
51. Merrick et al., 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention', 2019.
52. Hughes, Karen, et al., 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet Public Health*, vol. 2, August 2017, e356–366.
53. 同上。
54. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
55. Osofsky, Joy D., 'The Impact of Violence on Children', *The Future of Children*, vol. 9, no. 3, Winter 1999, pp. 33–49.
56. Charak, Ruby, et al., 'Patterns of Childhood Maltreatment and Intimate Partner Violence, Emotion Dysregulation, and Mental Health Symptoms among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults: A three-step latent class approach', *Child Abuse & Neglect*, vol. 89, March 2019.
57. 同上。
58. Afifi, Tracie O., et al., 'Examining the Relationships between Parent Experiences and Youth Self-reports of Slapping/Spanking: A population-based cross-sectional study', *BMC Public Health*, vol. 19, October 2019.
59. Charak et al., 'Patterns of Childhood Maltreatment'.
60. Osofsky, 'The Impact of Violence on Children'.
61. Baker, Linda L. and Allison J. Cunningham, *Learning to Listen, Learning to Help: Understanding woman abuse and its effects on children*, Centre for Children & Families in the Justice System, London Ontario, 2005.
62. Osofsky, 'The Impact of Violence on Children'.
63. Osofsky, Joy D., 'The Effects of Exposure to Violence on Young Children', *American Psychologist*, vol. 50, no. 9, September 1995, pp. 782–788.
64. Gorman-Smith, Deborah and Patrick Tolan, 'The Role of Exposure to Community Violence and Developmental Problems among Inner-city Youth', *Development and Psychopathology*, vol. 10, no. 1, March 1998, pp. 101–116.
65. Cooley-Quille, Michele, Samuel M. Turner and Deborah B. Beidel, 'Emotional Impact of Children's Exposure to Community Violence: A preliminary study', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no. 10, October 1995, pp. 1362–1368.
66. 联合国儿童基金会和世界卫生组织, 2019年领军思想会议: 摘要报告, 儿基会和世卫组织, 2019年, 日内瓦, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final_Summary_Report_Leading_Minds_2019.pdf>。
67. Jenkins, Esther J. and Carl C. Bell, 'Exposure and Response to Community Violence among Children and Adolescents', in Osofsky, Joy D. (ed.), *Children in a Violent Society*, Guilford Press, New York, 1998.

68. Osofsky, Joy D., 'Children Who Witness Domestic Violence: The invisible victims', *Social Policy Report*, vol. 9, no. 3, December 1995, pp. 1–20.
69. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams* 2019.
70. Berens, Anne E., Sarah K.G. Jensen and Charles A. Nelson, 'Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications', *BMC Medicine*, vol. 15, no. 1, 2017, p. 135; Jensen, Sarah K.G., Anne E. Berens and Charles A. Nelson, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225–239; Pereira, Jessica, et al., 'Mothers' Personal and Interpersonal Function as Potential Mediators between Maternal Maltreatment History and Child Behavior Problems', *Child Maltreatment*, vol. 23, no. 2, 2018, pp. 147–156; Rijlaarsdam, Jolien, et al., 'Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission', *Child Maltreatment*, vol. 19, no. 2, 2014, pp. 67–78; Rieder, Amber D., et al., 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function in Rural Kenya: Mediating role of maternal mental health', *Developmental Science*, vol. 22, no. 5, March 2019.
71. Goodman, Michael L., et al., 'Childhood Exposure to Emotional Abuse and Later Life Stress among Kenyan Women: A mediation analysis of cross - sectional data', *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 30, no. 4, 2017, pp. 469–483.
72. Pearson, Rebecca M., et al., 'Maternal Depression during Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years', *JAMA Psychiatry*, vol. 70, no. 12, December 2013, pp.1312–1319.
73. Khadr, Sophie, et al., 'Mental and Sexual Health Outcomes following Sexual Assault in Adolescents: A prospective cohort study', *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 2, no. 9, September 2018, pp. 654–655.
74. Machisa, Merciline T., Nicola Christofides and Rachel Jewkes, 'Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV)', *PLoS One*, vol. 11, no. 3, 2016, e0150986.
75. Biedermann, Sarah V., et al., 'Sexual Abuse but not Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Neurocognitive Deficits in South African Traumatized Adolescents', *Child Abuse Negl.* vol. 80, June 2018, pp. 257–267.
76. Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, *Corporal Punishment of Children: Review of research on its impact and associations*, London, June 2016, <<http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/research/Research-effects-review-2016-06.pdf>>.
77. Voisin, Dexter R., Torsten B. Neilands and Shannon Hunnicutt, 'Mechanisms Linking Violence Exposure and School Engagement among African American Adolescents: Examining the roles of psychological problem behaviors and gender', *Am J Orthopsychiatry*, vol. 81, no. 1, 2011, pp. 67–71; Foshee, Vangie Ann, et al., 'A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization among a Primarily Rural Sample of Adolescents', *J Adolesc Health*, vol. 53, no. 6, 2013, pp. 723–729.
78. Norman, Rosana E., et al., 'The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A systematic review and meta-analysis', *PLoS Medicine*, vol. 9, no. 11, 2012, e1001349.

79. Zhu, Yuhong, et al., 'Parent-Child Attachment Moderates the Associations between Cyberbullying Victimization and Adolescents' Health/Mental Health Problems: An exploration of cyberbullying victimization among Chinese adolescents', J Interpers Violence, June 2019, doi: 10.1177/0886260519854559.
80. 世界卫生组织,《预防自杀:为电影制片人和其他舞台和银幕工作者提供的资源》。日内瓦:世界卫生组织;2019年。
81. 联合国,“被剥夺自由的儿童——联合国全球研究”,联合国,2019年,纽约,<<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>>。
82. Sherr, Lorraine, Kathryn J. Roberts and K. Natasha Gandhi, 'Child Violence Experiences in Institutionalised/Orphanage Care', Psychology, Health & Medicine, vol. 22, suppl. 1, 2017, pp. 31-57.
83. 联合国,“关于被剥夺自由儿童问题的全球研究”。
84. 同上。
85. 同上。
86. 世界卫生组织,《关爱生殖器遭残割的女童和妇女:临床手册》,世卫组织,2018年,日内瓦,<<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>>。
87. John, Neetu A., Jeffrey Edmeades and Lydia Murithi, 'Child Marriage and Psychological Well-being in Niger and Ethiopia', BMC Public Health, vol. 19, no. 1029, 2019.
88. 负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室,《保护社区中受武装暴力影响的儿童》,负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表办公室,2016年,纽约,<https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/2._protecting_children_affected_by_armed_violence_in_the_community.pdf>。
89. McGuinness, Teena M. and Simone C. Durand, 'Mental Health of Young Refugees', Journal of Psychosocial Nursing, vol. 53, no. 12, 2015, pp. 16-18.
90. Lincoln, Alisa K., et al., 'The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees', Journal of Immigrant Minority Health, vol. 18, 2015, pp. 771-778.
91. Vossoughi, Nadia, et al., 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review', Trauma, Violence, & Abuse, vol. 19, no. 5, 2016, pp. 528-542.
92. 同上。
93. Punamäki, Raija, L., et al., 'The Role of Maternal Attachment in Mental Health and Dyadic Relationships in War Trauma', Heliyon, vol. 5, no. 12, December 2019, e02867.
94. 联合国,“关于被剥夺自由儿童问题的全球研究”。
95. Denking, Jana K., et al., 'Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”', Frontiers in Psychiatry, vol. 9, no. 234, June 2018, <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00234/full>>。
96. 同上。

97. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, 'Poly-victimization: A neglected component in child victimization', *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, 2007, pp. 7-26.
98. 世卫组织, INSPIRE。
99. 世卫组织, “青少年精神卫生情况报道”。
100. 美国心理学协会, “儿童和青少年精神和行为卫生决议”, 美国心理学协会, 华盛顿特区, 2019年2月, <https://www.apa.org/about/policy/resolution-child-adolescent-mental-behavioral-health.pdf>。
101. Kessler, Ronald C., et al., 'Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys', *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, no. 5, 2010, pp. 378-385; Rieder, et al., 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function'.
102. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, 'Lifetime Assessment of Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, 2009, pp. 403-411; Hanson, Rochelle F., et al., 'Relations among Parental Substance Use, Violence Exposure and Mental Health: The national survey of adolescents', *Addict Behav*, vol. 31, 2006, pp. 1988-2001.
103. Lansford, Jennifer E., et al., 'Change Over Time in Parents' Beliefs About and Reported Use of Corporal Punishment in Eight Countries with and without Legal Bans', *Child Abuse & Neglect*, vol. 71, 2017, pp. 44-55.
104. Nkuba, Mabula, et al., 'Mental Health Problems and their Association to Violence and Maltreatment in a Nationally Representative Sample of Tanzanian Secondary School Students', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 53, no. 7, 2018, pp. 699-707; Ssenyonga, Joseph, Charles Magoba Muwonge and Tobias Hecker, 'Prevalence of Family Violence and Mental Health and their Relation to Peer Victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda', *Child Abuse & Neglect* vol. 98, no. 1041, 2019; Hecker, Tobias, et al., 'Child Neglect and its Relation to Emotional and Behavioral Problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania', *Development and Psychopathology*, vol. 31, no. 1, 2019, pp. 325-339.
105. Menesini, Ersilia and Christina Salmivalli, 'Bullying in Schools: The state of knowledge and effective interventions', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 240-253.
106. Kadir, Ayesha, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development: A systematic review', *PLoS One*, vol. 14, no. 1, January 2019, e0210071.
107. Denov, Myriam and Atim Angela Lakor, 'When War is better than Peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda', *Child Abuse & Neglect*, vol. 65, March 2017, pp. 255-265.
108. Maclure, Richard and Myriam Denov, "I Didn't Want to Die so I Joined Them": Structuration and the process of becoming boy soldiers in Sierra Leone', *Terrorism and Political Violence*, vol. 18, no. 1, 2006, pp. 119-135; Kadir, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development'.
109. Chigiji, Handrick, et al., 'Risk Factors and Health Consequences of Physical and Emotional Violence against Children in Zimbabwe: A nationally representative survey', *BMJ Glob Health*, vol. 3, no. 3, June 2018, e000533.

110. Osofsky, Joy D. 'The Effects of Exposure to Violence on Children of Different Ages' in Donnelly, Jill (ed.) *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children: A means of ensuring conflict prevention, security and social stability – Case study – 12-15-year-olds in Serbia*, IOS Press, Amsterdam, 2005.
111. 同上。
112. Osofsky, Joy D., 'The Impact of Violence on Children'.
113. 美国心理学协会, “儿童和青少年精神和行为卫生决议”。
114. Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet*, vol. 378, no. 9799, October 2011, pp. 1325–1338.
115. 同上。
116. Starkey, Leighann, J. Lawrence Aber and Angela Crossman, 'Risk or Resource: Does school climate moderate the influence of community violence on children's social-emotional development in the Democratic Republic of Congo?', *Dev Sci.*, vol. 22, no. 5, September 2019, e12845.
117. 国际终止童妓组织, “Sophie: 为什么是我们要羞愧地掩起自己的脸?” 幸存者之声, 国际终止童妓组织, 曼谷, 2016年, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/sophies-story-hope-survival>>。
118. 世卫组织, INSPIRE; 另见“了解童年暴力: 全球学习倡议”, <<https://igarape.org.br/en/know-violence-in-childhood-global-learning-initiative>>。
119. 世界卫生组织, 2013-2020年精神卫生计划, 世卫组织, 日内瓦, 2013年, <https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>。另见世界卫生组织, 精神卫生差距证据资源中心, https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/。
120. 世界卫生组织, “精神卫生证据和研究”, 世卫组织, 日内瓦, <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/>。
121. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
122. 同上。
123. 同上。
124. 美国心理学协会, “儿童和青少年精神和行为卫生决议”。
125. Eckenrode, John, et al., 'Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The limiting effects of domestic violence', *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, no. 11, 2000, pp. 1385-1431.
126. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
127. 同上。
128. Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
129. 世界卫生组织和古尔本基安全全球精神卫生平台。促进社会心理残障儿童的权利和社区生活。日内瓦, 世界卫生组织, 2015年。

130. 世界经济论坛和奥尔根,“全球青年精神卫生简报”,世界经济论坛,日内瓦,<<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5e26d1539b35240322ba9394/1579602264031/Orygen%27s+WEF-global-YMH-briefing.pdf>>。
131. SOS儿童村,受保护权:制止暴力侵害儿童行为,SOS儿童村国际,因斯布鲁克,2017年,<<https://www.sos-childrensvillages.org/news/the-right-to-protection>>。
132. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
133. “帮助青少年茁壮成长”指南和工具包即将推出。
134. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
135. 同上。
136. 挪威儿童事务监察员引述,‘I Want to have Good Dreams: Children’ s and young people’ s hearing on bullying and offences at school’, Ombudsman for Children, Oslo, October 2014, <<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/10/Good-dreams.pdf>>。
137. Wasserman, D et al., ‘School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial’. The Lancet, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7).
138. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
139. 世界卫生组织,《世卫组织卫生部门应对儿童虐待指南》,世卫组织,日内瓦,2019年9月,<<https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>>;另见世界卫生组织,《应对遭受性虐待的儿童和青少年:世卫组织临床指南》,世卫组织,日内瓦,2017年2月,<<https://www.who.int/publications-detail/9789241550147-responding-to-children-and-adolescents-who-have-been-sexually-abused>>。
140. 世界卫生组织,INSPIRE。
141. 世界卫生组织,《非专科卫生环境中精神、神经和药物滥用障碍精神健康差距干预指南》,2.0版,世卫组织,日内瓦,2019年, <https://www.who.int/publications-detail/mhgap-intervention-guide---version-2.0>。
142. 世界卫生组织,《心理急救:实地工作者指南》,世卫组织,日内瓦,2011年,<https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/>。
143. 见<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners>和<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>。
144. 机构间常设委员会,《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指导方针》,机构间常设委员会,纽约,2007年,<https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/>。
145. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
146. 见<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf>。
147. 儿基会,《人道主义环境中社区精神卫生和社会心理支持业务指南:对儿童和家庭的三级支持》(实地测试版)。纽约,儿基会,2018年。

148. 世界卫生组织,《2013-2020年精神卫生计划》。
149. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.
150. 联合国儿童基金会和世界卫生组织, 2019年思想领袖会议。
151. ECPAT International, ‘Lee: I had to choose between acceptance and destruction’, Survivors’ Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/lees-story-survival-acceptance/>>.
152. European Network of Youth Advisers, recommendations from ‘Let’ s Talk Young, Let’ s Talk About Mental Health!’ child participation project, ENYA, Strasbourg, 2018, <http://enoc.eu/?page_id=2066>.
153. Patel, et al., ‘The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development’.



OFFICE OF THE SPECIAL REPRESENTATIVE OF THE SECRETARY-GENERAL ON
VIOLENCE AGAINST CHILDREN

负责暴力侵害儿童问题秘书长特别代表是全球预防和消除一切形式暴力侵害儿童行为的独立倡导者，动员各方采取行动、提供政治支持，从而在世界各地取得进展。特别代表任务的依据是《儿童权利公约》和其他国际人权文书，其框架是联合国《暴力侵害儿童问题研究报告》。<https://violenceagainstchildren.un.org/>

ISBN: 978-92-1-101427-3

