

# НАСИЛИЕ И ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

**Susan MK Tan, Norazlin Kamal Nor, Loh Sit Fong,  
Suzaily Wahab, Sheila Marimuthu & Chan Lai Fong**

Перевод на русский

Переводчик: Константин Мужановский

Редактор: Доленко Ольга, Марценковский Дмитрий



Дети  
играющие в  
Лондонский  
мост,  
William H.  
Johnson

Susan MK Tan MD (UKM),  
DCH (London), MMed  
Psych (UKM), Adv.M.Ch.  
Ado.Psych (UKM), AM

Child & Adolescent Psychiatrist,  
Department of Psychiatry,  
Universiti Kebangsaan  
Malaysia Medical Center, Kuala  
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

Norazlin Kamal Nor  
MRCPCH(Lon), MBBS(Lon),  
BSc(Lon)

Paediatrician, Department  
of Paediatrics, Universiti  
Kebangsaan Malaysia Medical  
Center, Kuala Lumpur,  
Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

Loh Sit Fong B Econ(Kobe),  
M Clin Psych (UKM)

Psychologist, Department  
of Psychiatry, Universiti  
Kebangsaan Malaysia Medical  
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2012. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Tan Susan MK, Kamal Nor N, Loh SF, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. Early maltreatment and exposure to violence (Editors: Olga Dolenko, Dmytro Martsenkovskiy. Translated by Kostiantyn Muzhanovskiy). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

Детям нужна безопасная и надежная окружающая среда, которую они могут назвать своим домом. Кроме выполнения функции жилища, дом должен служить местом физической и эмоциональной безопасности, где дети могут обрести комфорт и защиту. Следовательно, оптимальное развитие зависит от взаимодействия между позитивным влиянием окружающей среды и унаследованной генетической предрасположенностью, которое начинается уже в период внутриутробного развития (Shonkoff et al, 2000). Исследования показали, что негативный опыт раннего детства может иметь отдаленные последствия для детей, включая изменения структуры головного мозга (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). Такие стрессоры - не обязательно только физические повреждения, как ранения или инфекции; психологические и эмоциональные факторы не менее «токсичны» для процесса здорового развития, особенно если отсутствуют заботящиеся взрослые, помогающие ребенку противостоять стрессу. Когда ближайшее окружение, в котором он живет, превращается в «зону военных действий» с вербальной и физической агрессией, страдания ребенка не ограничиваются только моментом, когда это происходит, это оказывает влияние на всю его оставшуюся жизнь. Исследования показали, что подверженность домашнему насилию оказывает длительное влияние на развитие (US Department of Health and Human Services, 2003). В этой главе термин «дети» употребляется в отношении человеческих особей моложе 18 лет, «он» как в отношении мальчиков, так и девочек, а «родитель» используется для описания родителей, опекунов, лиц, осуществляющих уход за ребенком и других индивидов, наделенных родительской ответственностью.

## ИСТОРИЧЕСКИЙ КОММЕНТАРИЙ

Доктор Henry Kempe является автором широко признанной на сегодня терминологии и концепций. Американский педиатр и радиолог John Caffey впервые в 1972 году описал «синдром детского сотрясения» (American Academy of Pediatrics, 2001). Тем не менее только в 70-е годы начали признавать сексуальное насилие, а в 80-е и 90-е эмоциональное.

## ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ

Определение (смотри Таблицу В.1.1) жестокого обращения с детьми варьирует в зависимости от страны и культуры, однако общими остаются ключевые моменты, к которым относятся:

- *Плохое обращение* (т.е. в значении обратном воспитанию)
- *Потенциал причинения вреда ребенку*, включая угрозы наказания, а также невыполнение обязательств в отношении ребенка (не удовлетворение основных потребностей, необходимых для нормального развития)

### В 1873 году у животных были права, у детей – нет.

В 1873 году церковная служащая миссис Etta Wheeler, которую попросили посетить одну из семей, обнаружила там девятилетнюю девочку Mary-Ellen, прикованную к кровати, крайне истощенную, запуганную и со следами тяжелых избиений. Миссис Etta Wheeler была настолько повержена в ужас увиденным, что тут же сообщила властям о таком страшном насилии над ребенком.

Власти никак не отреагировали. Миссис Etta Wheeler не примирилась с отрицательным ответом и обратилась в Американское общество по предотвращению жестокого обращения с животными (American Society for the Prevention of Cruelty to Animals - ASPCA). Она была потрясена тем, что животные были под защитой, а дети нет. Миссис Etta Wheeler обратилась в ASPCA с призывом, что дети относятся к миру животных, и поэтому их тоже нужно защищать. Только на этом основании ASPCA в конце концов вмешалось - Mary-Ellen была переселена из дома, в котором с ней жестоко обращались, в приемную семью, где она смогла получить необходимую заботу и внимание. Она покинула эту семью, когда вышла замуж. Mary-Ellen благополучно родила двоих детей, и прожила до 92 лет.

Suzaily Wahab MD(UKM),  
MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department  
of Psychiatry, Universiti  
Kebangsaan Malaysia Medical  
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

Sheila Marimuthu  
MBBS(Cal), MMed  
Paeds(Malaya)

Paediatrician, Department of  
Paediatrics, Hospital Kuala  
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

Chan Lai Fong MD(UKM),  
MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department  
of Psychiatry, Universiti  
Kebangsaan Malaysia Medical  
Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none  
declared

Acknowledgements: Our thanks  
to Ms Madeleine Yong and Ms  
Lois Engelbrech, Founding  
Director s of Protect and Save  
the Children (PS the Children)  
Malaysia for their contribution.  
Also to Dr Irene Cheah for  
reviewing the draft, Ms Siti  
Haidah Mohd Ijam and Ms  
Siti Suraya Mansor for their  
secretarial help

Таблица В.1.1 Разные типы жестокого обращения с детьми\*

<b>Физическое насилие</b>	Физический вред или повреждения
<b>Отсутствие заботы/ небрежное обращение</b>	Не обеспечение базовых потребностей ребенка и развития во всех сферах
<b>Эмоциональное насилие</b>	Не обеспечение соответствующего возрасту поддерживающего эмоционального окружения, что в результате приводит к нарушению эмоционального развития ребенка или чувства собственного достоинства
<b>Сексуальное насилие</b>	<p>Вовлечение ребенка в сексуальную активность, которую он (в силу своего возраста или стадии развития):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не полностью понимает</li> <li>• Не способен дать на нее информированное согласие</li> <li>• Не готов в плане развития</li> </ul> <p>Сексуальное насилие может осуществляться взрослыми или детьми, которые, занимая ответственное положение (пользуясь ответственным положением), вошли в доверие ребенка или имеют власть над жертвой</p>
<b>Эксплуатация</b>	Использование ребенка для выполнения какой-либо работы или вовлечение в любую деятельность с целью получения другими людьми выгоды, или финансовой прибыли (например, детский труд).

Всемирная организация здравоохранения и Международное общество по предупреждению детского насилия и жестокого обращения с детьми (2006)

- Обычно касается родителей или других людей в контексте отношения к ответственности, доверию или власти (сюда относятся учителя, религиозные лидеры и др.)
- Подверженность воздействию в качестве свидетеля или очевидца насилия, особенно между родителями.

Разнообразие юридических определений, обычаев и законов предоставляет широкий выбор моделей для разработки в той или иной стране собственной подходящей правовой системы и процедур. Каждый, таким образом, может смоделировать то, что считает наиболее отвечающим требованиям его отдельного общества. Международные организации, которые охватывают многие страны и культуры, обычно адаптируют определения и юридические нормы из страны, которая лучше всего отвечает их принципам. [World Health Organization \(WHO\)](#) выделяет несколько типов жестокого обращения с детьми: физическое насилие; сексуальное насилие; отсутствие заботы и небрежное обращение; эмоциональное насилие; и эксплуатация.

Важными предпосылками при определении наличия жестокого обращения и методов решения этой проблемы, являются культурные ценности, стандарты осуществления ухода в сообществе и бедность. Разумные стандарты дисциплины могут меняться, как с течением времени, так и в зависимости от страны. Например, физическое наказание, которое

#### «Отец» понятия – детское насилие

По счастливой случайности наступление эры радиологии подняло на новый уровень диагностику жестокого обращения с детьми. Детский врач Henry Kempe из США использовал рентгеновские снимки в качестве доказательств неслучайных повреждений у большого числа направленных к нему детей.

Описанные в его основополагающей публикации «Синдром избиваемого ребенка» (“The Battered Child Syndrome”) рентгенологические изменения старых переломов и нарушений развития скелета привели к выявлению и признанию медицинской общественностью физического насилия над детьми и жестокого обращения с ними и выдвинули в 60-е годы проблему детского насилия на передний план в современной медицине.

#### Права детей (Смотри также Главу J.7)

Конвенция по правам ребенка гласит, что за каждым ребенком закрепляются основные права человека, к которым относятся право на:

- Выживание
- Полноценное развитие
- Защиту от жестокого обращения, насилия и эксплуатации
- В полной мере участвовать в семейной, культурной и социальной жизни.



в прошлом считалось одним из аспектов правильного воспитания (“розги пожалеешь - ребёнка испортишь”), теперь широко воспринимается как грубое и неуместное (Creighton, 2004). Хотя чаще всего сообщается о ненасильственных подходах в дисциплинировании детей (Runyan et al, 2010), практика жестокого наказания все еще имеет место во всем мире (UNICEF, 2010). Более высокий уровень образования лиц, осуществляющих первичный уход за ребенком, ассоциировался с более низким показателем жестокого наказания. Исследование, проведенное в Швеции, показало, что законодательное запрещение телесного наказания используется в сочетании при использовании с популяризацией в обществе альтернативных ненасильственных методов воспитания, может значительно снизить использование жестокого наказания (Ziegert, 1983).



В 1873 у животных в отличие от детей были права. В 1989 у детей тоже появились права! (CRC, 1989)

Итак, откуда нам может быть известно, что ребенок подвергается жестокому обращению? Если нарушаются универсальные принципы прав ребенка, или если ребенок подвержен риску на данный момент или позже пострадать от негативных последствий в результате каких-либо действий или отсутствия действий, должны звенеть тревожные колокола. Только с принятием Всеобщей декларации прав человека (Universal Declaration of Human Rights) (1948) и Конвенции о правах ребенка (Convention on the Rights of the Child) (UNICEF, 1989) стали доступны международные правовые инструменты продвижения и защиты прав детей (смотри также Главу J.7). В 1873 году у животных были права, у детей – не было. Страдания девятилетней Mary-Ellen не были напрасными. Она была первым ребенком в Северной Америке, кого официально признали жертвой насилия. Ее случай привел к основанию в 1874 году Общества по предотвращению насилия над детьми (Society for Prevention of Cruelty to Children) (Finkelhor, 1984).

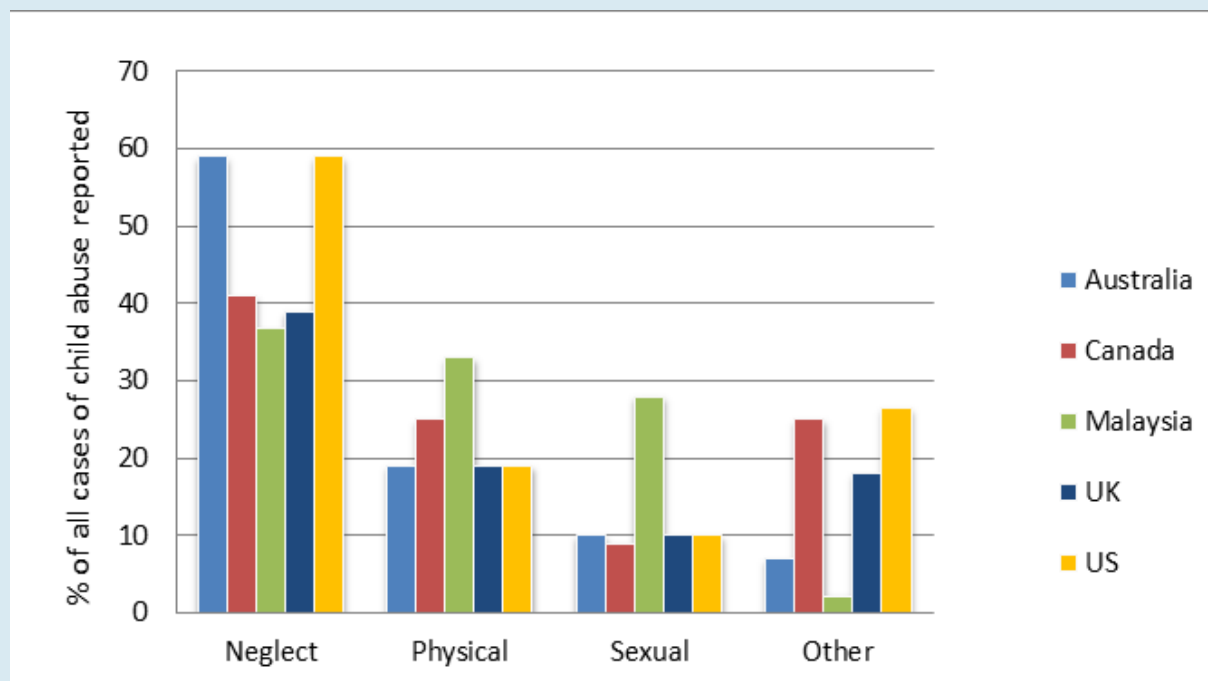
## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Очень мало достоверных оценок распространенности жестокого обращения с детьми в мировом масштабе, особенно в странах с низким или средним уровнем экономического развития. Большинство исследований распространенности и степени выраженности этого явления были проведены в западных странах (Рисунок В.1.1). Оценки существенно варьируют в зависимости от страны и использованных методов, следовательно, сравнения между странами следует интерпретировать с осторожностью. Рост осознания проблемы профессионалами и общественностью привел к учащению сообщений о насилии.

По международным оценкам в среднем около 40 млн. детей страдают ежегодно от насилия (WHO, 2001). По данным докладов от 25 до 50% из них подвергаются физическому насилию. Многие также становятся жертвами эмоционального насилия или отсутствия заботы и это только вершина айсберга. Существует потенциально большое количество нераспознанных случаев жестокого обращения, которые могут не связываться с насилием. Например, ежегодно регистрируется около 30 тыс. убийств людей моложе 15 лет. Многие из детских смертей классифицируются как «несчастные случаи» (падения, ожоги, утопления) тогда, как могли быть следствием жестокого обращения. Более того:

- Международная организация труда сообщает, что в развивающихся странах к детскому труду привлекаются 250 млн. детей в возрасте от 5 до 14 лет. В Индии 15 млн. детей находятся в долговой зависимости, т.е. отрабатывают долги семьи (Human Rights Watch, 2001).
- В мировом масштабе примерно один миллион детей подвержено

**График В.1.1** Показатель\* жестокого обращения с детьми в некоторых странах в зависимости от его типа



\*Оценки существенно варьируют в зависимости от страны и использованных методов; сравнения между странами следует проводить с осторожностью.

Источники: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2004); Canada (Trocmé & Wolfe, 2001) in Creighton, 2004; UK: Department of Education and Skills (DES 2004); US: Department of Health and Human Services (US DHHS, 2003).

коммерческой сексуальной эксплуатации (Casa Alianza, 2001)

- При вооруженных конфликтах и в тех случаях, когда люди вынуждены спасаться бегством, девочки становятся особенно уязвимыми в отношении сексуального насилия, эксплуатации и жестокого обращения со стороны военнослужащих, сотрудников сил безопасности, членов их общин, представителей гуманитарных организаций и других (WHO, 2010).

## ФАКТОРЫ РИСКА

В Таблице В.1.2 показано, что некоторые качества, характерные детям, родителям и семьям повышают вероятность жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы. Раннее выявление таких неудовлетворенных потребностей и своевременное и быстрое вмешательство могут помочь не допустить ухудшения ситуации и уберечь многих детей от насилия.

Проблемы со здоровьем у матери или несогласованное питание (например, мамы-подростки с нежелательной беременностью, проживающие в бедности) могут в результате приводить к недостаточному питанию и к предотвратимым проблемам, таким как дефицит фолиевой кислоты (повышающий риск возникновения спино-мозговой грыжи), краснухе, воздействию токсических веществ окружающей среды, таких как ртуть, свинец или фосфорорганические инсектициды, а также подверженность воздействию, как разрешенных, так и нелегальных наркотиков.

## ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

Для детей, проживающих в условиях жестокого обращения,

### Родительские факторы, ассоциированные с детским насилием

- Безработица
- Бедность
- Семейные или супружеские конфликты
- Домашнее насилие
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками
- Проблемы с законом
- Работа со службами защиты детей в прошлом
- Подверженность родителей воздействию физического или семейного насилия в детстве

Таблица В.1.2 Особенности факторов риска насилия\*

	Факторы риска	Особенности факторов риска	Часто наблюдаемые симптомы
Ребенок	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Более ранний возраст</li> <li>• Конституциональная уязвимость (напр., церебральный паралич, умственная отсталость, недоношенность и т.п.)</li> <li>• Сложный темперамент</li> <li>• Хронические заболевания</li> <li>• Пол – для детей школьного возраста, женский пол является более высоким фактором риска сексуального насилия, тогда как мужской пол повышает риск физического насилия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уязвимое и зависимое состояние</li> <li>• Проблемы привязанности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром детского сотрясения (особенно в возрасте до 3 лет)</li> <li>• Переломы</li> <li>• Синяки</li> <li>• Внутренние кровотечения</li> <li>• Удушье</li> </ul>
Семья	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий социально-экономический статус (бедность, отсутствия постоянного жилья, низкий уровень образования, безработица, воспитание одним родителем, молодые родители)</li> <li>• Криминальное прошлое</li> <li>• Злоупотребление психоактивными веществами</li> <li>• Хронические психические заболевания и инвалидность</li> <li>• Психологические факторы (проблемы с психическим здоровьем, отсутствие навыков решения проблем; отсутствие поддержки со стороны супруга/супруги, семьи, общины; супружеская дисгармония; домашнее</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаток ресурсов и образования</li> <li>• Повышенная нагрузка на лиц, осуществляющих уход</li> <li>• Недостаточное наблюдение со стороны родителей</li> <li>• Неэффективные навыки решения проблем и воспитания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохое питание</li> <li>• Недостаточная забота о здоровье</li> <li>• Эмоциональное насилие</li> <li>• Жестокие физические наказания</li> <li>• Недостаточное наблюдении</li> <li>• Подверженность воздействию порнографических материалов</li> </ul>
Общество	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий уровень местной безработицы</li> <li>• Социальная изоляция</li> <li>• Социо-культуральные</li> <li>• Юридические аспекты</li> <li>• Катастрофы: природные или вызванные деятельностью человека</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Культурные практики, потворствующие определенным типам насилия</li> <li>• Нормы, поддерживающие эксплуатацию детей</li> <li>• Несоблюдение законов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Санкционированное физическое и сексуальное насилие (например, калечащие операции на гениталиях)</li> <li>• Использование детей в качестве солдат</li> <li>• Изнасилование во время войны</li> <li>• Проституция</li> </ul>

\*Источники: Herrenkohl et al (2008); Mersky et al (2009); Stith et al (2009); Whitaker et al (2008).

страдания не ограничиваются только лишь периодом непосредственного воздействия; вредное влияние без соответствующего вмешательства, сохраняется десятилетия и отражается на взрослой жизни. Проблемы с психическим и физическим здоровьем возникают, как в детстве, так и

после созревания. Некоторые типы насилия могут служить причиной отдаленных последствий, как в случае прямого повреждения мозга при «синдроме детского сотрясения». У испытавших на себе жестокое обращение детей с переломами может быть более высоким риск возникновения злокачественных опухолей (Fuller-Thompson et al, 2009).

Кроме социальных проблем, у детей, проживающих в условиях насилия или отсутствия заботы, с большей вероятностью возникают когнитивные трудности, влияющие на способности к обучению, развитие речи и академическую успеваемость. Также существует большая вероятность формирования асоциального поведения с последующим вовлечением в преступную деятельность и ранней подростковой беременностью (Johnson et al, 2006). Такие дети чаще других курят сигареты, употребляют алкоголь и запрещенные наркотики (Dube et al, 2001); До двух третей людей, которые проходят программы лечения по поводу наркотической зависимости, сообщают, что были в детстве объектами насилия (Swan, 1998).

Плохое обращение в детстве строго ассоциируется с негативными последствиями для психического и физического здоровья в подростковом возрасте. У молодых людей – жертв насилия более высокий риск возникновения депрессии, тревоги, пищевых расстройств, ожирения и свершения суицидальных попыток (Silverman et al, 1996), большая вероятность физических симптомов (как объяснимых, так и необъяснимых с медицинской точки зрения), а также вовлечения в рискованное для здоровья поведение, такое как курение, опасные сексуальные связи, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Чем тяжелее жестокое обращение, тем сильнее ассоциация с плохими последствиями в подростковом возрасте.

Наукой доказана ложность убеждения, что младенцы и дети раннего возраста слишком незрелые, чтобы на них могли влиять стрессоры. Воздействие стрессоров в критические периоды развития может оказывать продолжительное разрушающее действие на развивающийся мозг, приводя к структурным изменениям (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Доказано, что неблагоприятное воздействие в младенческом возрасте, такое как небрежная материнская забота или ее отсутствие, оказывает негативное влияние на развивающийся мозг. Употребление алкоголя и наркотиков в период беременности может также приводить к нейробиохимическим и нейрогормональным изменениям у детей, которые в свою очередь могут иметь длительное неблагоприятное воздействие на память, обучение и поведение в целом (смотри Главу G.1).

## Механизмы

Плохое обращение вызывает стресс. Реакции на стресс включают в себя активацию гормональной и нейрохимической систем, симпатoadrenalовой системы, продуцирующей адреналин, и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, продуцирующей кортизол. Постоянная или частая активация этих гормональных систем может приводить к серьезным последствиям для развития. Например, если ребенок испытывает тяжелый и продолжительный стресс, его уровень кортизола в крови остается повышенным длительный период времени. Такой токсический стресс может «включать» или «выключать» специфические гены (Gunnar et al, 2006). Взаимоотношения между детьми и теми, кто осуществляет за ними уход, играют критическую роль в регулировании гормональных реакций на стресс. Например, дети, имеющие безопасные взаимоотношения привязанности, имеют более контролируемые гормональные реакции на стресс, когда расстроены

или напуганы; и абсолютно противоположный эффект отмечается у детей с небезопасными или дезорганизованными взаимоотношениями привязанности (Loman et al, 2010).

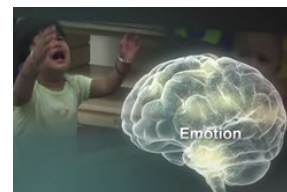
## ОЦЕНКА

Заключение о том, что имеет место жестокое обращение, может иметь серьезные последствия для самого ребенка и для его семьи (например, ребенок может быть забран из семьи или виновный заключен в тюрьму). В то время как в некоторых случаях детское насилие может быть легко установлено (например, если у ребенка есть признаки физических повреждений или есть свидетели использования его в целях проституции), в большинстве случаев все не так явно, и выяснить действительно ли имеет место жестокое обращение очень сложно. Это связано с тем, что в зависимости от стадии когнитивного развития, дети часто не способны запомнить события, очень внушаемы и испытывают противоречивые эмоции. Так, например, было показано, что около трети трехлетних детей не узнают своего собственного отца в числе других лиц на фотографии, что ставит под сомнение их способность правильно опознать потенциального преступника (Lewis et al, 1995).

Необходимо провести границу между психиатрическим обследованием ребенка, в отношении которого подозревается жестокое обращение (например, если такой факт обнаруживается при обследовании, или у клинициста возникают подозрения, что жестокое обращение может иметь место), и судебным интервью, направленным на то, чтобы выявить факты с целью осуществления правовых действий. Оптимально, как только у клинициста формируется мнение, что имеет место жестокое обращение, он должен сообщить об этом в административные органы в соответствии с его местным законодательством; при данных обстоятельствах в круг обязанностей клинициста не входит выяснение, действительно ли имеет место жестокое обращение. В таких особых случаях врач никогда не должен выступать в роли судебного эксперта; не разделение этих функций (расследование и лечение) создаст проблемы и затруднит судебное преследование, поскольку врач может быть необъективным, и может быть обвинен в искажении воспоминаний ребенка или насаждении новых. Клиническая (врачебная) оценка не должна существенно отличаться от клинической оценки других детей (Смотри Главу А.5), и здесь это не повторяется. В этом разделе внимание сосредоточено на судебной оценке (однако в странах, в которых роскошь необходимого количества специалистов недоступна, судебную оценку перед применением вмешательства по описанным выше причинам приходится выполнять одним и тем же лицам).

При осуществлении интервью всегда необходимо иметь в виду возраст ребенка и стадию его когнитивного развития. Эти две характеристики также влияют на способ проведения интервью, и на характер получаемой информации:

- Только начинающие ходить дети испытывают трудности в идентификации времени и места, и, вероятно, не смогут сказать как часто, когда и где происходило то или иное событие
- Дети в возрасте от трех до пяти лет не способны мыслить абстрактно, могут легко отвлекаться во время интервью или становиться беспокойными. Они, возможно, смогут указать время события, в соотношении до или после дня рождения, времени отхода ко сну и т.п. Для них может оказаться более простой просьба нарисовать или продемонстрировать, что



Нажмите на картинку для доступа к видео, описывающему как токсический стресс нарушает здоровое развитие ребенка(1:52)

### Поведение, которое может указывать на то, что ребенок возможно подвергается насилию

- Необъяснимые задержки с обращением за медицинской помощью, особенно при переломах, серьезных ожогах/ошпариваниях
- Объяснения ребенка или ухаживающего за ним лица не соответствуют тяжести травмы
- Противоречивые объяснения членов семьи и других, осуществляющих уход, лиц
- Случаи приема ядов, употребления алкоголя или наркотиков, суицидальные попытки, побеги из дома в анамнезе
- Неадекватные реакции на имеющиеся у ребенка повреждения со стороны лица, осуществляющего уход, такие как отрицание, что ребенок испытывает боль, или минимизация симптомов
- Повторные обращения по поводу повреждений, часто к другим врачам или в другие учреждения здравоохранения



произошло, чем вербальная коммуникация.

- В возрасте от шести до девяти лет, несмотря на преобладание конкретного мышления, дети все больше и больше способны понимать концепции, ориентироваться во времени и месте и строить простые поуровневые планы. Они могут более убедительно обманывать, чем дети младшего возраста, и более способны хранить секреты. Они обычно испытывают противоречивые чувства, чувствуют себя смущенными, виноватыми и растерянными и могут бояться наказания. В этом возрасте дети неохотно и осторожно открываются, и замыкаются, если не ощущают со стороны интервьюера эмоциональной поддержки. Полезными могут оказаться ролевые игры, рисование и использование кукол специально подготовленным персоналом.
- Дети предподросткового возраста (10-13 лет) обычно более комфортно чувствуют себя с интервьюером одного с ними пола; чувствуют себя неловко и застенчивы при разговорах об их теле или при обсуждении сексуальных проблем. Они обычно понимают, что то, что с ним произошло – плохо, но часто чувствуют себя ответственными за насилие; крайнее чувства вины и стыда часто приводят к отрицанию. Они могут лучше реагировать на короткие, клинически ориентированные вопросы, и на более формальные стороны интервью. Они нуждаются в заверении, что их не обвиняют в том, что случилось.
- Подростки лучше реагируют на честный, открытый и прямой подход, демонстрирующий уважение их интересов и поддержку их потребностей; необходимо избегать показаться критикующим или осуждающим (Craig, 1998).

Раскрытие насилия, особенно сексуального, происходит постепенно. Большинство детей проходят стадии, включающие отрицание-раскрытие-отречение-повторное подтверждение. До 70% детей подвергшихся сексуальному насилию, могут в начале отрицать его. Дети более раннего возраста чаще всего раскрывают насилие случайно, через неуместные фразы или сексуальные игры. Старшие дети и подростки с большей вероятностью целенаправленно раскрывают насилие, либо потому что рассержены на насильника, либо под влиянием сверстников.

Интервью должно проводиться человеком опытным в этой области в дружественных по отношению к ребенку и не пугающих условиях. Количество интервью следует свести к минимуму, привлекая как можно большее число имеющих на данный момент мульти-дисциплинарных профессионалов. В идеале оно должно проводиться в комнате для осмотра с односторонним зеркалом или с использованием видеозаписи, так, чтобы не ошеломлять ребенка.

Особое значение имеет клинический анамнез, включающий в себя данные полученные от ребенка, в частности социальный анамнез, а также подкрепляющие доказательства от других людей. Семейный и социальный анамнез играют важную роль в понимании социального происхождения, условий проживания и систем обеспечения. Как уже подчеркивалось ранее, определенные факторы риска строго ассоциируются с детским насилием.

Несмотря на то, что судебное интервью нацелено на получение ответа на вопросы *кто, что, где и когда*, это не означает, что правильное понимание условий проживания ребенка и семьи не столь важно. Вопросы должны быть открытыми, и прекращаться, если появится



Нажмите на картинку для доступа к слайд-шоу (предупреждение: очень откровенно) (8:54)

#### **Синдром детского сотрясения: скрытое «насилие»**

Это предотвратимая причина длительного неврологического повреждения и инвалидности у изначально здорового ребенка. Причиной может послужить сильное раскачивание ребенка (обычно в возрасте до двух лет) присматривающим за ним человеком приводящее к разрыву внутричерепных кровеносных сосудов при ударе или о стенку черепной коробки. Он может проявляться:

- Сонливостью, вялостью и судорогами
- Субдуральными кровоизлияниями или общим отеком мозга
- Кровоизлияниями в сетчатку
- Переломами, например, переломами ребер.

ощущение, что ребенок чувствует себя некомфортно. Очень полезным может оказаться разговор на привычные для ребенка темы, на которые он может высказываться спонтанно.

В соответствии с Craig (1998), базовый формат должен включать:

- Короткую фазу установления контакта
- Стремление определить уровень развития ребенка, его коммуникационные навыки, и степень понимания им правды/лжи, воображаемого/реального
- Понимание ребенком частей тела и способность пользоваться такими словами, как «наверху», «под», «спереди», «сзади» и т.п.
- Далее главная часть интервью (кто, что, где и когда) с открытыми вопросами, такими как: «Ты знаешь, почему ты здесь?», «Твоя мама рассказывала мне, что у тебя проблемы с...»
- Избегайте обучения ребенка по вопросам половой активности, коррекции его утверждений, или обвинения (например, предполагаемый насильник – плохой человек)
- Не используйте не понятных ребенку слов
- Не задавайте сложных или двусмысленных вопросов
- Избегайте вопросов, на которые можно ответить только «да» или «нет»
- Хороший способ извлечь информацию – такие вопросы, как: «Расскажи мне еще»; «Что заставляет тебя так думать?»; «Что потом случилось?»; «Ты хотел бы мне еще что-то рассказать?»

К деталям, которые требуют разъяснения, относятся события предшествовавшие повреждению или насилию, когда и кто первым заметил повреждения у ребенка, как развивались у него симптомы и в какой последовательности. Определенные обстоятельства очень подозрительны в плане насилия.

## Соматическое обследование

Во всех случаях подозрения на насилие обязателен всесторонний соматический осмотр и в большинстве стран разработаны собственные рекомендации устанавливающие порядок проведения такого осмотра. Соматический осмотр должен проводиться в комфортабельных, дружественных по отношению к ребенку условиях, где он может почувствовать себя непринужденно. Если это уместно и возможно, может помочь присутствие знакомого ребенку человека. Осмотр не должен быть пугающим, и следует начинать с обычных, проводимых в педиатрии измерений, таких как рост, вес и окружность головы. По мере того, как ребенок осматривается в плане доказательств нанесения повреждений, поскольку это требует общения с ним, можно также провести оценку развития речи и социальных навыков. Обнаруженные во время физического обследования кровоподтеки, ожоги, ссадины и повреждения кожи необходимо аккуратно задокументировать, сопровождая их описаниями, измерениями, схемами и фотографиями. Для того, чтобы точно обрисовать и корректно обозначить сторону повреждений (справа или слева), используйте простые схемы.

При ответе «ДА» на какой либо из приведенных ниже вопросов можно заподозрить жестокое обращение с ребенком (McDonald, 2007):

### Ключевые особенности в физическом обследовании детей, подвергшихся насилию

- Общая манера поведения и внешний вид
- Чистота, признаки пренебрежения, эмоционального расстройства
- Отеки, синяки и покраснение кожи головы
- Родничок младенца
- Наличие кровотечения при обследовании сетчатки и стекловидного тела
- ЛОР: кровотечение, кровоподтеки или ссадины на внутренних поверхностях губ или глотки
- Болезненность ребр, ушибы легких; разорванная селезенка, гематомы двенадцатиперстной кишки при осмотре грудной клетки и брюшной полости
- Болезненность или отеки костей и суставов

Фарах – пятнадцатилетняя девочка доставлена в госпиталь полицией, т.к. пыталась выбраться с четвертого этажа торгового центра, после того, как ее бросил друг. Она призналась, что уже «давным-давно» подавлена – с тех пор как развелись ее родители, когда ей исполнилось семь лет. Из четырех сиблингов она больше всех скучала по отцу, так как он всегда ее баловал. После развода он повторно женился, у него родились дети, он перестал посещать детей от первого брака и прекратил платить алименты.

У Фарах ухудшилась успеваемость в школе, так как она начала пропускать уроки, и постепенно переместилась из группы отличников в отстающие. Мать Фарах повторно вышла замуж за бизнесмена три года назад. Поначалу казалось, что он заменил отца, и все выглядело неплохо до тех пор, пока он не обанкротился и не вернулся к употреблению наркотиков. Постепенно он становился все более жестоким по отношению к матери, и братьям и сестрам Фарах, и начал насиловать ее и ее десятилетнюю сестру, когда мать была на

работе. Он заставлял их молчать, угрожая, что убьет мать если они кому-нибудь расскажут. Фарах пыталась избежать насилия отчима, убегая из дому в торговый центр, где находилась до поздней ночи, пока мать не возвращалась с работы. Фарах начала водить дружбу с мальчиками в торговом комплексе и стала «подружкой» «милого» двадцатилетнего парня, работавшего в этом центре, понравившегося ей тем, что он внимательно слушал, когда она рассказывала о своих проблемах. Фарах вступила с ним в интимные взаимоотношения десять месяцев назад; она чувствовала, что ей нужно угодать ему, чтобы получать от него поддержку.

Семь месяцев назад у нее прекратились менструации, и она была убеждена, что беременна, потому что чувствовала, что у нее «что-то шевелится внутри», хотя месячные у нее были нерегулярными в течение года. Фарах сообщила своему другу, что вероятно беременна, и он заявил, что не хочет иметь с ней ничего общего. Теперь она хочет умереть или сделать аборт.

- Имеет ли место необычное распределение или локализация повреждений?
- Имеется ли система в локализации кровоподтеков или рубцов?
- Похожи ли кровоподтеки на отпечатки взрослой по размеру руки?
- Если это ожог, то одинаковой ли он глубины с четко обозначенными краями?
- Если это ожог, то не похож ли он на перчатки или носки по локализации?
- Имеются ли повреждения разных стадий заживления или давности?
- Имеет ли место несоответствие между сообщаемым механизмом травмы и ее объемом?

Тщательное документирование крайне необходимо, так как осматривающих ребенка докторов могут попросить дать показания в суде относительно полученных ими доказательств, и они могут сослаться на свои собственные записи, когда их вызовут в суд. Всю собранную информацию необходимо записать немедленно, чтобы избежать ошибок. Записи должны основываться на фактах, быть лаконичными и точными (по мере возможности словами ребенка) с четко обозначенным именем врача и датой (с официальной печатью, если этого требуют локальные процедуры).

## Исследования

Для детей старше двух лет рекомендовано тщательное исследование скелета. Детям с травмами головы следует сделать рентгенографию, компьютерную томографию или МРТ, в зависимости от доступности этих методов исследования. Ультразвуковое обследование может выявить чрезмерное скопление жидкости и гематомы и помочь диагностировать внутрибрюшные повреждения. Необходимы анализы крови, включая полный анализ крови и анализ свертывания для исключения кровотечений

у пациентов с признаками избиений; при подозрении на случайное или какое-либо другое отравление показан лекарственный скрининг.

## СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

Не существует универсального определения детского сексуального насилия. ВОЗ определяет его, как вовлечение детей в сексуальную активность: а) которую они не полностью понимают, б) на которую они не способны дать информированное согласие или к которой дети не готовы по своему развитию и не могут дать согласия, или в) которая нарушает законы или социальные табу в обществе. Другие определения включают использование ребенка для получения сексуального удовлетворения взрослым, или намного более взрослым человеком (Tomison, 1995 р2). На практике распознать детское насилие сложно, и то, что считается сексуальным насилием, может отличаться в зависимости от местных обычаев (например, удаление хирургическим путем некоторых частей женских половых органов), законодательства (уголовный кодекс, законы по защите детей), и взаимоотношений между ребенком и насильником. В то время как одни действия будут признаваться сексуальным насилием почти каждым человеком (например, изнасилование отцом десятилетнего ребенка), другие остаются менее однозначными (например, сексуальная связь между девятинадцатилетним и пятнадцатилетней по взаимному согласию). Юридический возраст согласия также разный в разных странах. В отличие от других типов жестокого обращения, определение имеет ли место сексуальное насилие, зависит от взаимоотношений между жертвой и насильником:

- *Взрослый, не имеющий родственных связей с ребенком.* Любое сексуальное поведение с вовлечением ребенка, не достигшего возраста согласия, считается насильственным
- *Взрослый – член семьи ребенка.* Любое сексуальное поведение между ребенком и взрослым членом семьи остается насильственным (концепции согласия, равенства и принуждения обычно неприменимы в условиях внутрисемейного насилия)
- *Взрослый занимает руководящее положение по отношению к ребенку, или имеет над ним власть* (например, учителя, профессионалы в области здравоохранения). Закон возраста согласия, как правило, не применяется из-за имеющегося дисбаланса силы и злоупотребления правом на персональное или общественное доверие при нарушении профессиональных границ
- *Подросток или ребенок насильник.* Заключение о наличии насилия будет зависеть от того, было ли такое поведение по согласию, разницы в возрасте и имел ли место дисбаланс силы (например, сексуальное поведение между двумя пятнадцатилетними подростками, один из которых страдает умственной отсталостью). Сексуальное исследование, осуществляемое двумя подростками одного и того же уровня развития по согласию не считается насильственным.

К формам детского сексуального насилия относятся физические контакты (такие как прикосновения, ласки или любые другие формы контакта молочными железами или гениталиями, включая использование предметов, проникновение во влагалище и содомию) и нефизическое насилие (такое как демонстрация детям порнографии, разговоры на эротические темы и эксгибиционизм); ЭТО может происходить в парах, в группах, на сексуальных рингах, принимать форму сексуальной эксплуатации или ритуального насилия.

Сексуальное насилие над детьми может быть раскрыто разными способами. Ребенок может обнаружить сексуальную активность прямо

### Физикальные признаки детского сексуального насилия (не обязательные)

- Кровотечение из влагалища, наружных половых органов или ануса
- Повреждения такие как разрывы или кровоподтеки в области половых органов, ануса или в области промежности
- Заболевания, передающиеся половым путем
- Травмы в области молочных желез, ягодиц или нижней части живота
- Подростковая беременность

### Роль врача

Роль врача (в отличие от терапевта) при детском сексуальном насилии заключается в следующем:

- Выявить повреждения (включая ано-генитальные, экстрагенитальные травмы, другие физические признаки насилия или отсутствия заботы)
- Выявить наличие заболеваний, передающихся половым путем, беременности (в некоторых странах может быть показано прерывание беременности)
- Рассмотреть возможность послеконтактной профилактики ВИЧ
- Идентифицировать любые другие данные судебной экспертизы доказательства, которые могут подтвердить наличие сексуального насилия (напр., жидкости в организме)
- Точно зафиксировать полученные данные и результаты исследований (например, с помощью фотографии)
- Объяснить и инициировать любое необходимое лечение
- Исключить необходимость неотложной психиатрической помощи (например, суицидальность)



или опосредованно через не соответствующее возрасту поведение, особенно если это чрезмерно сексуальное поведение. У детей старшего возраста это может проявиться через ауто-деструктивное поведение, употребление наркотиков, суицидальные попытки, самоповреждения или побеги из дома. У таких детей могут также быть необъяснимые накопления денег или подарков. Во вставке приведены характерные признаки детского сексуального насилия.

## Обследование жертв детского сексуального насилия

Как только раскрыт факт сексуального насилия, возникает необходимость защитить ребенка от причинения ему дальнейшего вреда и помочь пройти лечение и реабилитацию. Важно снова отметить, что врач не должен брать на себя роль судебно-медицинского эксперта, до тех пор и кроме ситуации, когда нет в наличии соответствующих специалистов. В таком случае судебно-медицинское обследование и юридические процедуры должны предшествовать терапии.

Соматическое обследование не отличается от такового при других вариантах жестокого обращения с детьми и описано выше, хотя акцент необходимо сделать на аспектах и сферах, имеющих отношение к сексуальному насилию. Отсутствие физических признаков не исключает возможности насилия – у менее чем 10% доказанных случаев детского сексуального насилия обнаруживаются при обследовании физические признаки. Это может быть связано, наряду с другими причинами, с типом насилия (напр., не физического) или разницей во времени между насилием и обследованием. При физическом обследовании девочек необходимо помнить о возможности нормального и аномального развития наружных половых органов (напр., hymeneal cleft) и неспецифических признаках включая эритему, слипание половых губ (в норме встречающееся у 17%-39% девочек, не достигших полового созревания), влагалищные выделения, остроконечные кондиломы или трещины заднего прохода у детей младшего возраста.

Для того, чтобы получить медицинских доказательства, которые будут приняты судом, необходимо своевременно и аккуратно собрать необходимые пробы. В соответствии с требованиями судебной медицины, нужно позаботиться о том, чтобы ребенок не принял душ или не помылся до завершения обследования и взятия проб, хотя он может чувствовать себя грязным и испытывать омерзение. Чтобы уменьшить дистресс, проведите физическое обследование как можно раньше после происшедшего (семенная ДНК дегенерирует после 72 часов). В присутствии полиции обозначьте бирками каждый предмет одежды упакованной в пакеты с указанием имени ребенка, и для сбора проб используйте **“набор забора проб при изнасилованиях”** (в разных странах могут быть разные наборы, равно как и рекомендации как должно проводиться судебно-медицинское обследование).

## ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Каждая страна имеет свои собственные законы по защите детей. Во многих странах законодательство требует обязательно сообщать в органы по защите детей; может также требоваться отчет полиции. Так, например, в Малайзии (Child Act 2001) детские попечители (чиновники социального обеспечения) уполномочены осуществлять визиты домой и помещать жертв насилия в безопасное место, и все доктора обязаны немедленно сообщать им при раскрытии случая детского насилия.

### Обследование в случае сексуального насилия

Никогда не используйте какое-либо давление или принуждение, т.к. это может повторно травмировать ребенка. Для облегчения правильного обследования, а также для получения медицинских доказательств, которые будут приняты судом может возникнуть

### О каких последствиях сексуального насилия над подростками необходимо помнить

- Подростковая беременность и аборты (нелегальные в некоторых странах)
- брошенные дети
- Культурально неприемлемые сексуальные практики (например, гомосексуальные)
- Влияние сексуального насилия и эксплуатации
- Последствия хронических заболеваний (напр., воспаление тазовых органов)
- Хронические психологические и эмоциональные осложнения
- Стигматизация
- Влияние на академические и профессиональные возможности и функционирование.

## ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

Прискорбно, что даже в странах с высокоразвитой экономикой, таких как США, значительная часть жертв жестокого обращения не получает какого-либо лечения или помощи – не говоря уже о проведении расследования. Таким образом, учитывая распространенность этой проблемы, неудовлетворенная потребность огромна. Практически во всем мире социальные службы, занимающиеся проблемами жестокого обращения с детьми, работают с напряжением сил, если не перегружены.

В зависимости от вида насилия (например, физическое, сексуальное, отсутствие заботы), симптомов и их тяжести, от того, был ли ребенок удален из семьи (например, в приемную семью или в какое-либо учреждение), а также что планируется получить в конечном итоге (например, сохранения семьи или ее воссоединение) лечение будет требовать постановки разных целей. Мы располагаем очень ограниченным количеством данных о том, какой метод лечения эффективен (Wathen & MacMillan, 2005). На практике в главном фокусе вмешательства находятся не дети, а их родители. В таких случаях, более сильный эффект достигается при концентрации усилий на контексте взаимоотношений между родителями, а также между родителями и детьми в домашних условиях в период раннего детства, с разработкой многокомпонентных вмешательств реализуемых профессионалами и направленных на обучение родителей навыкам компетентного воспитания, и нацеленных на семьи с детьми из группы высокого риска (Thomlison, 2003). Так, например, по результатам контролируемого исследования, проведенного в США с участием 192 родителей (у которых в прошлом было в среднем шесть направлений в службу по охране здоровья детей, и у большинства дети изымались из семьи), посещение ими программы «терапии взаимоотношений родители- дети» привело к значительному сокращению в будущем количества направлений в службу охраны здоровья детей (Chaffin et al, 2011). Фокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия оказалась более эффективной по сравнению с общими психотерапевтическими методами лечения.

Первый шаг должен состоять в том, чтобы убедиться, что последствия жестокого обращения не усугубляются в связи с последующей задержкой в оказании помощи (так как развитие ребенка не останавливается), что, к сожалению, случается довольно часто, из-за плохой координации действий между службами и недостаточного планирования оказания помощи (системные нарушения). Несмотря на то, что внимание следует сконцентрировать на здоровье и безопасности ребенка, традиционная практика решения проблем жестокого обращения путем его физического перемещения в безопасное место, направлена преимущественно только на его физическое благополучие. Это дает возможность защитить ребенка от причинения ему дальнейшего вреда со стороны одного и того же насильника, но не удовлетворяет его эмоциональных и психологических потребностей, жизненно необходимых для выздоровления.

В общем, психиатрическую помощь можно разделить на острую и долгосрочную. При первичном осмотре необходимо провести полную оценку состояния жертвы. В тяжелых случаях может быть показано помещение в стационар, например, в случаях тяжелой депрессии, высокого суицидального риска или при психотических расстройствах. Может также возникнуть необходимость в направлении на лечение по поводу физических повреждений или в защите ребенка. К часто наблюдаемым и кратковременным проблемам относятся: страх и тревога, проблемы со сном и ночные кошмары, соматические проблемы, злость/отреагирование, заниженная самооценка, социальная самоизоляция,



**Protect and Save  
the Children**

### Превентивные стратегии с перспективы НГО

Некоммерческая организация **P.S. The Children**, построила свою сеть основываясь на результатах исследований, проведенных в США, Соединенном Королевстве и Австралии и адаптировала их к условиям Малайзии. Исследования показывают, что на самом деле среди детей больше жертв насилия чем об этом сообщается. Следовательно, предупреждение сексуального насилия важнее всего и поэтому необходимо:

- Обучать взрослых лучше защищать детей
- Побуждать общины создавать вспомогательные службы для детей
- Обучать всех детей как правильно защищаться
- Обучать детей из группы риска, как пользоваться службами поддержки
- Объяснять пострадавшим детям, которые слишком запуганы, что насилие не было их виной, и помогать им справиться с другими проблемами эмоционального здоровья, для того чтобы минимизировать негативные последствия насилия
- Не допускать, чтобы ребенок - жертва насилия сегодня, сам стал обидчиком завтра.

школьные проблемы, чувство бессилия, стигматизация и симптомы, ассоциированные с травмой. Следует ожидать также возникновения и таких долгосрочных проблем, как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, проблемы взаимоотношений, юношеская преступность и злоупотребление алкоголем и наркотиками. К факторам, влияющим на последствия детского насилия и отсутствия заботы, относятся:

- Возраст ребенка и стадия развития на момент совершения насилия
- Тип жестокого обращения (физическое насилие, отсутствие заботы, сексуальное насилие и т.п.)
- Частота, продолжительность и тяжесть насилия
- Взаимоотношения между жертвой и насильником (English et al, 2005).

В долгосрочном плане, имеется достаточная совокупность доказательств, демонстрирующих, что жестокое обращение в детстве является фактором, повышающим риск возникновения почти всех психиатрических расстройств, и на этот фактор следует соответствующим образом воздействовать, как описано в последующих главах. Другим важным аспектом оказания помощи является поддержка ребенка с привлечением человека, к которому он привязан, например, помогая ребенку наладить отношения с не поддерживающими членами семьи и справиться с судебными процедурами (Center on the Developing Child, 2007).

## ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика жестокого обращения, до того, как оно произойдет, не менее важна, чем лечение (Finkelhor, 2009). Снижение частоты детского насилия возможно, но требует скоординированного, много-секторального подхода. Эффективными являются те программы, которые поддерживают родителей и прививают позитивные родительские навыки. Непрерывная помощь детям и семьям может снизить риск повторного возникновения жестокого обращения и минимизировать его последствия. Данные продолжительного наблюдения в рамках исследования Perry Preschool Project показывают, что успешные вмешательства снижают затраты на правосудие по делам несовершеннолетних уголовное судопроизводство, уменьшают расходы на специализированное образование, повышают налоговые поступления от более высоких доходов, и снижают потребность в поддержке со стороны государства. Сокращение расходов за счет

«Легче воспитать сильного ребенка, чем восстановить сломленного мужчину»

Frederick Douglass (1817–1895)

снижения уровня преступности было первым наблюдаемым механизмом экономической выгоды (Rolnick & Grunewald, 2003).

Несмотря на то, что некоторые программы профилактики универсальны (например, обучение методам воспитания с помощью рекламы, или программ средств массовой информации, формирование представления о вреде детского насилия, универсальные посещения на дому женщин, недавно ставших матерями), большинство из них направлены на семьи, в которых присутствуют отмеченные факторы риска. К таким мерам профилактики относятся: более интенсивные посещения на дому, обследование с целью выявления депрессии у матерей и ее лечение, а также программы по воспитанию. Последние, основанные на принципах теории социального научения, реализуют низкоинтенсивные способы воздействия обучающих программ для родителей, таких как «Тройное Р» (англ. –«Triple P” (Positive Parenting Program – программы позитивного воспитания)) (Graaf, 1998) (смотри главы A.9 и D.2). Доказана эффективность, как визитов на дому, так и программ по обучению родителей, однако в этой области требуется еще больше работы и исследований. В этой сфере деятельности ведущую роль должны играть лица, определяющие политику, неправительственные организации и важные персоны из общины (например, религиозные деятели, педагоги).

### Лица, определяющие политику.

Необходимо, чтобы лица, определяющие политику, были убеждены в важности действий, направленных на удовлетворение потребностей уязвимых детей. Нужно, чтобы они понимали, что:

- Ни одна из отдельных программ, ни один их подходов или способов оказания помощи не оказался «волшебной пилюлей». Существуют способы содействия здоровому развитию детей младшего возраста. Ключевым является выбор стратегий, эффективность которых доказана и задокументирована, обеспечение их правильного применения, и осознание критической важности строгого обязательства непрерывного усовершенствования программ
- Успешные крупномасштабные программы требуют тщательной оценки и периодического мониторинга их качества в местах индивидуального применения, равно как обучения и технической поддержки для непрерывного улучшения качества
- Рентабельность инвестиций более важна, чем предварительные расходы. Отдаленная социальная выгода важнее кратковременных расходов. К четырем известным ключевым проблемам относятся:
  1. Приведение в соответствие поддержки и помощи потребностям и сильным сторонам детей и семей, нуждающихся в такой помощи.
  2. Обращение особого внимания на качество исполнения, в случае выбора эффективной модели программы
  3. Разработка новых вмешательств для детей и семей, у которых традиционные подходы оказались минимально эффективными
  4. Обеспечение среды, поддерживающей постоянную, конструктивную оценку и непрерывное усовершенствование программы

### Эффективные вмешательства для детей и семей с риском неблагоприятного исхода

- Ранняя и интенсивная поддержка со стороны квалифицированных социальных работников в домашних условиях для уязвимых семей, которые ждут первого ребенка
- Высококачественные, на базе центров, ранние образовательные программы для детей младшего возраста из семей с низким уровнем дохода
- Программы для двух поколений, которые одновременно обеспечивают прямую поддержку родителей и высококачественную, на базе центров обслуживания и образования, поддержку для детей младшего возраста из семей, испытывающих значительные невзгоды
- Вмешательства, предоставляемые специализированными службами, отвечающие нуждам маленьких детей, испытывающих токсический стресс от жестокого обращения или пренебрежения, тяжелой материнской депрессии, злоупотребления родителями психоактивными веществами или насилия в семье
- Родительские тренинги



- «Контекстами» для рассмотрения политики являются:
  1. Нуклеарная семья
  2. Внешние условия
  3. Программы, направленные на несколько поколений
  4. Финансовое состояние семьи и занятость матери
  5. Загрязнение окружающей среды



## ЛИТЕРАТУРА

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108:206-210.
- Casa Alianza (2001). *Report on Trafficking of Children in Central America and Mexico*.
- Center on the Developing Child (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*. Harvard University.
- Chaffin M, Funderburk B, Bard D et al (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79:84-95.
- Creighton SJ (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*.
- Craig B (1998). *The Art of the Interview in Child Abuse Cases*.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286:3089-3096.
- English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ et al (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29:597-619.
- Finkelhor D (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19:169-194.
- Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*, 115:3341-3350.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Gunnar M, Vazquez D M (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D Cicchetti, D Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Developmental Neuroscience*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Herrenkohl T, Sousa C, Tajima E et al (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9:84-99.
- Human Rights Watch. 2001. *Easy Targets: Violence Against Children Worldwide*. Human Right Watch, New York.
- Johnson R, Rew L, Sternglanz RW (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41:221-234.
- Lewis C, Wilkins R, Baker L et al (1995). "Is this man your daddy?" Suggestibility in children's eyewitness identification of a family member. *Child Abuse & Neglect*, 19:739-744.
- Loman M, Gunnar MR and the Early Experience, Stress and Neurodevelopment Center Team (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34:867-876.
- Mcdonald KC (2007). Child abuse: approach and management. *American Family Physician*, 15:221-228.
- Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ et al (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14:73-88.
- Ministry of Health Malaysia (2009). *Guidelines for the Hospital Management of Child Abuse and Neglect*. Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia, pp77-78.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships*. Working Paper No1.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development*. Working paper No 10.
- Rolnick A, Grunewald R. (2003). Early childhood development:

- Economic development with a high public return. *The Region*, 17:6-12.
- Runyan DK, Shankar V, Hassan F et al (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126:701-711.
- Shonkoff JP (2012). Technical report: the lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129:232-246.
- Shonkoff JP, Phillips DA (eds) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20:709-723.
- Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14:13-29
- Swan N (1998). *Exploring the Role of Child Abuse on Later Drug Abuse: Researchers Face Broad Gaps in Information*. NIDA Notes, 13(2).
- Tomison AM (1995). *Update on Child Sexual Abuse* (Issues Paper No. 5). Melbourne: National Child Protection Clearinghouse.
- Thomlison B (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82:541-569.
- UNICEF (2010). *Child Disciplinary Practices at Home Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF.
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*.
- US Department of Health and Human Services (2003). *The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & the Abandoned Infant Assistance Act as Amended by the Keeping Children and Families Safe Act of 2003*.
- US Department of Health and Human Services (2003). *Child Maltreatment*. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families.
- Wathen AH, MacMillan H (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50:497-504.
- Whitaker DJ, Le B, Hanson RK et al (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32:529-548.
- World Health Organization (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*. Geneva: WHO.
- WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva:WHO.
- WHO (2010). *Factsheet on Child Maltreatment*.
- Ziegert KA (1983). The Swedish Prohibition of corporal punishment: A preliminary report. *Journal of Marriage and Family*, 45:917-927.



Дети отмечают Мубарак в Малазийских традиционных костюмах