



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ЕЛЕНЫ И ГЕННАДИЯ ТИМЧЕНКО

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ РАБОТА С СЕМЬЕЙ И РЕБЕНКОМ

МОНОГРАФИЯ
(пособие для электронного
учебно-методического комплекса)

2022 год

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ЕЛЕНЫ И ГЕННАДИЯ ТИМЧЕНКО

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ. РАБОТА С СЕМЬЕЙ И РЕБЕНКОМ

Монография
(пособие для электронного
учебно-методического комплекса)

2022

УДК 364
ББК 74
Н31

Н31 **Насилие в отношении детей. Работа с семьей и ребенком: монография** (пособие для электронного учебно-методического комплекса). / Под ред. Дозорцевой Е.Г., Семья Г.В. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. – 421 с.

ISBN 978-5-94051-256-1

Монография (пособие для электронного учебно-методического комплекса) подготовлена авторским коллективом в составе:

Дозорцева Е.Г. (главный редактор), *Семья Г.В.* (главный редактор),
Вихристюк О.В., *Гаязова Л.А.*, *Гарифулина Э.Ш.*, *Дворянчиков Н.В.*,
Дерябина В.В., *Ермолаева А.В.*, *Киселева О.П.*, *Куоканнен Ю.*,
Леонова О.И. (секретарь), *Луковцева З.В.*, *Марголис А.А.*, *Нуцкова Е.В.*,
Пимонов В.А., *Путинцева Н.В.*, *Рубцов В.В.*, *Стратийчук Е.В.*,
Чиркина Р.В., *Шпагина Е.М.*, *Arnon Bentovim*,
Jenny Gray, *Stephen Pizzey*

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
М.А. Качаева

доктор психологических наук, профессор кафедры
социальной психологии факультета психологии
Московского государственного областного университета
Т.И. Шульга

УДК 364
ББК 74

ISBN 978-5-94051-256-1

© ФГБОУ ВО МГППУ, 2022.
© Коллектив авторов, 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Сведения об авторах | 8 |
| Сокращения | 10 |
| Введение | 11 |
| РАЗДЕЛ 1. | |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ. ВИДЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ | 15 |
| Физическое насилие и его критерии | 18 |
| Эмоциональное (психологическое) насилие и его критерии | 22 |
| Сексуальное насилие и злоупотребление, их критерии | 27 |
| Пренебрежение потребностями ребенка и его критерии | 32 |
| Междисциплинарный характер проблемы насилия над детьми и жестокого обращения | 34 |
| РАЗДЕЛ 2. | |
| ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ. СИСТЕМЫ БОРЬБЫ С НАСИЛИЕМ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ В МИРЕ | 36 |
| История защиты детей от насилия и жестокого обращения | 36 |
| Профилактика насилия в отношении детей в ФРГ | 43 |
| Система борьбы с насилием по отношению к детям в Скандинавских странах и Финляндии | 53 |
| Состояние проблемы насилия и злоупотребления в отношении детей в современной России | 64 |
| Международные проекты по борьбе с насилием в отношении детей | 69 |
| РАЗДЕЛ 3. | |
| МЕЖДУНАРОДНОЕ И РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НАСИЛИИ И ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ С ДЕТЬМИ | 77 |
| Международное законодательство о насилии и жестоком обращении к детям и стандарты в области прав ребёнка | 77 |
| Международные стандарты и принципы, касающиеся искоренения насилия в отношении детей | 82 |

| | |
|---|----|
| Российское законодательство о насилии и жестоком обращении к детям | 86 |
|---|----|

| | |
|--|-----------|
| РАЗДЕЛ 4. СИСТЕМА ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ НАСИЛИЯ (ВЕДОМСТВА И ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ, ОРГАНОВ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ, СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО)..... | 90 |
|--|-----------|

| | |
|---|------------|
| РАЗДЕЛ 5. ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ.... | 103 |
| Медицинские (клинические) последствия. | |
| Виды в зависимости от характера насилия и жестокого обращения .. | 103 |
| Симптомы дизонтогенеза: психопатологические «развития» | 113 |
| Психологические и социальные последствия | 122 |

| | |
|--|------------|
| РАЗДЕЛ 6. РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕБЕНКОМ НАСИЛИЯ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД | 127 |
| Физические и психологические признаки перенесенного ребенком насилия и жестокого обращения | 127 |
| Междисциплинарное выявление и оценка признаков перенесенного насилия у ребенка | 129 |
| Сбор, систематизация и оценка информации при работе с детьми, перенесшими насилие..... | 132 |
| Возможности и ограничения диагностики последствий перенесенного насилия у ребенка | 136 |

| | |
|---|------------|
| РАЗДЕЛ 7. ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ, ПОТЕРПЕВШИМ ОТ КРИМИНАЛЬНОГО НАСИЛИЯ, В СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННОЙ СИТУАЦИИ..... | 139 |
| Психолог в комплексном сопровождении детей, пострадавших от насилия и находящихся в судебно-следственной ситуации | 139 |
| Правовая регламентация судебно-следственных действий с несовершеннолетним потерпевшим | 140 |
| Психологическое сопровождение следственных действий с участием несовершеннолетнего потерпевшего | 141 |

| | | |
|--|-----|------------|
| Правила проведения опроса несовершеннолетнего потерпевшего с учетом его возрастных особенностей. Протокол NICHD..... | 145 | |
| Задачи психолога эксперта при проведении судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних потерпевших..... | 157 | |
| Ретравматизация несовершеннолетнего потерпевшего и способы ее профилактики | 160 | |
| Основные принципы социальной и психологической реабилитации несовершеннолетних потерпевших..... | 162 | |
| РАЗДЕЛ 8. | | |
| ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ И ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕБЕНКОМ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ | | 164 |
| Понятие и история исследования психической (психологической) травмы | 164 | |
| Комплексный междисциплинарный подход к диагностике, психотерапевтической и психокоррекционной работе с детьми, пострадавшими от насилия..... | 170 | |
| Структура работы психолога с последствиями перенесенного ребенком насилия и жестокого обращения | 174 | |
| РАЗДЕЛ 9. | | |
| АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛУЧШИХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ | | 183 |
| Психодинамический подход..... | 183 | |
| Когнитивно-поведенческий подход..... | 195 | |
| Телесно-ориентированный подход..... | 200 | |
| Культурно-исторический подход к работе с детьми, пострадавшими от насилия | 207 | |
| Восстановительный подход | 212 | |
| РАЗДЕЛ 10. | | |
| СЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ. ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА | | 220 |
| Причины жестокого обращения с детьми в семье | 220 | |
| Факторы риска насилия, связанные с особенностями семьи..... | 221 | |

| | |
|---|-----|
| Отдельные виды насилия и их взаимосвязь | 223 |
| Особенности работы со случаями жестокого обращения с детьми и их семьями. Роль междисциплинарной команды специалистов в работе со случаями насилия и жестокого обращения с детьми..... | 228 |
| Основные направления деятельности и принципы работы с детьми – жертвами насилия и их семьями | 230 |
| Схема работы со случаем жестокого обращения с ребенком в семье ... | 233 |
| Структура первичного интервью с ребенком (ПИР) и взрослым (ПИБ) при работе со случаем насилия..... | 239 |
| Выявление причин обращения и определение запроса. Рабочая документация специалиста..... | 245 |

РАЗДЕЛ 11.

ДЕТИ-СИРОТЫ И НАСИЛИЕ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ.

МЕРОПРИЯТИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ И ИНОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ

НАСИЛИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К РЕБЕНКУ

Социальное сиротство и жестокое обращение с детьми..... 251

Жестокое обращение с воспитанниками организаций для детей-сирот и детей, утративших попечение родителей..... 254

Жестокое обращение с подопечными в семьях опекунов и попечителей

РАЗДЕЛ 12.

НАСИЛИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ

УЧРЕЖДЕНИЯХ. БУЛЛИНГ И КИБЕРБУЛЛИНГ.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И КОРРЕКЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ...

Подходы к определению понятия буллинга в России и за рубежом ... 285

Эффективность программ, посвящённых работе с буллингом..... 318

Теоретические подходы, лежащие в основе анти-буллинговых программ, признанных эффективными

| | |
|---|-----|
| РАЗДЕЛ 13. | |
| МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРАКТИКИ | |
| СОЦИАЛЬНОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, | |
| ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ | |
| ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ, | |
| С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ | 295 |
| Жестокое обращение с детьми: история и современность. | |
| Системы противодействия жестокому обращению | |
| с детьми и безнадзорности во всем мире и в Англии..... | 301 |
| Ранняя история признания | |
| жестокого обращения с детьми и вмешательства | 302 |
| Последние разработки в распознавании | |
| различных форм жестокого обращения | 305 |
| Британская система распознавания и | |
| реагирования на жестокое обращение с детьми | 312 |
| Введение рамки оценки нуждающихся детей и их семей..... | 316 |
| Система оценки в контексте обеспечения безопасности | 318 |
| Вмешательство, основанное на фактических данных..... | 319 |
| Семиэтапный процесс оценки, | |
| анализа, планирования и вмешательства..... | 325 |
| Конкретный пример. | |
| Работа с сексуальным насилием: семья Грин..... | 337 |
| Вывод | 351 |
| Используемая литература | 353 |
| Глоссарий | 382 |
| Приложение | 408 |

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Вихристюк Олеся Валентиновна, проректор по воспитательной и социально-психологической работе ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 8*

Гаязова Лариса Альфисовна, и.о. руководителя ЦЭПП ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 8*

Гарифулина Эльвира Шамильевна, руководитель программ Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко, *раздел 2*

Дворянчиков Николай Викторович, декан факультета Юридической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 5*

Дерябина Валентина Васильевна, руководитель программы стажировки молодых специалистов на базе ГОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения «ОЗОН», *раздел 10*

Дозорцева Елена Георгиевна, и.о. руководителя лаборатории психологии детского и подросткового возраста, главный научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации, введение, *разделы 1, 2, 6, 7, 8, 9*

Ермолаева Анна Валериевна, руководитель сектора дистанционного консультирования «Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 8*

Киселева Ольга Павловна, руководитель направления «Международное сотрудничество» МОО «Общественный центр «Судебно-правовая форма», *раздел 12*

Куоканнен Юлия, старший эксперт Центрального Союза защиты детей Финляндии Центрального союза защиты детей Финляндии, *разделы 2, 13*

Леонова Олеся Игоревна, руководитель Федерального Центра научно-методического сопровождения педагогических работников ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», исполнительный директор общественной организации «Федерация психологов образования России», *ответственный секретарь*

Луковцева Зоя Вячеславовна, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 5*

Марголис Аркадий Аронович, ректор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *научный консультант*

Нуцкова Елена Владимировна, научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, *разделы 1, 6, 7*

Пимонов Владимир Александрович, доцент кафедры юридической психологии и права факультета юридической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 3*

Путинцева Наталья Владимировна, координатор направления «Восстановительные технологии» проекта «Экосистема детства» факультета «Юридическая психология» ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *раздел 12*

Рубцов Виталий Владимирович, президент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», президент общественной организации «Федерация психологов образования России», *научный редактор*

Семья Галина Владимировна, советник при ректорате ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *разделы 10, 11*

Стратийчук Евгения Васильевна, педагог-психолог Благотворительного фонда «Волонтеры в помощь детям-сиротам», *раздел 9*

Чиркина Римма Вячеславовна, заведующий кафедрой ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *разделы 9, 12*

Шпагина Елена Михайловна, доцент кафедры Юридической психологии и права ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», *разделы 1, 4, 9*

Arnon Bentovim (Арнон Бентовим), консультант, психиатр некоммерческой организации Child and Family Training, Лондон, Великобритания, *раздел 13, приложение*

Jenny Gray (Дженни Грей), международное общество по профилактике насилия и жестокого обращения с детьми, Великобритания, *раздел 13, приложение*

Stephen Pizzey (Стивен Пиззи), председатель совета директоров некоммерческой организации Child and Family Training, Лондон, Великобритания, *раздел 13, приложение*

СОКРАЩЕНИЯ

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЕСПЧ – Европейский Суд по права человека
ЗПР – Задержанное психическое развитие
КДН и ЗП – Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
КПР – Конвенция о правах ребенка
КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия
МВД России – Министерство внутренних дел Российской Федерации
МКБ – Международная классификация болезней
ООН – Организация Объединенных Наций
ОСР – Острое стрессовое расстройство
ПАВ – Поверхностно-активные вещества
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
СК РФ – Семейный кодекс Российской Федерации
СТТР – синдром травматической тряски ребенка
УК РФ – Уголовный Кодекс Российской Федерации
УПК РФ – Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации
ФЗ РФ – Федеральный закон Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

Проблема насилия в отношении детей актуальна во всем мире. В 2020 году Всемирной организацией здравоохранения был выпущен «Доклад о положении дел в мире в сфере предупреждения насилия в отношении детей», в котором констатировалось, что ежегодно каждый второй ребенок, или 1 миллиард детей сталкивается с той или иной формой насилия. Три четверти детей в возрасте от 2 до 4 лет, или 300 миллионов, регулярно подвергаются физическому наказанию и/или психологическому насилию со стороны родителей и опекунов. За последний месяц каждый третий школьник в возрасте от 11 до 15 лет становился объектом травли со стороны сверстников. 120 миллионов девочек и девушек в возрасте до 20 лет стали жертвами той или иной формы сексуального принуждения.

На общем фоне других государств Россия не является исключением. Маленькие граждане нашей страны также подвергаются различным видам насилия и жестокого обращения. В прессе часто встречаются сообщения о детях, ставших жертвами преступлений, нередко совершаемых членами их семей, чаще всего – родителями. Официальные статистические данные свидетельствуют о том, что тысячи несовершеннолетних ежегодно признаются потерпевшими от криминальных действий. В то же время безопасность детей и их защита – одна из первостепенных задач государства, отраженная в программе «Десятилетие детства» и плане основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года. В плане мероприятий, в частности, предусматривается разработка и реализация системных решений по оказанию своевременной помощи детям и родителям в случае нарушения прав и законных интересов детей. Оказание такой помощи требует участия квалифицированных специалистов, а для их подготовки – профильной системы образования и повышения квалификации, специальных программ, ориентированных на выработку компетенций в области профилактики насилия над детьми, коррекции его последствий и реабилитации несовершеннолетних потерпевших.

Для решения этой задачи авторским коллективом при поддержке Фонда Тимченко были созданы настоящая монография и соответствующий ей учебно-методический комплекс. С одной стороны, они направлены на совершенствование работы специалистов, профессионально занимающихся проблемами предупреждения насилия и его последствий, с другой – ориентированы на адресную подготовку психологов, клинических психологов, педагогов-психологов, социальных педагогов и социальных работников. В последние годы вопросам жестокого обращения с детьми, его отдельным видам или методам

работы с пострадавшими были посвящены разнообразные руководства, методические рекомендации, пособия. По сравнению с ними наше издание имеет несколько отличительных черт. Во-первых, авторы постарались учесть основные существующие подходы к проблеме насилия в отношении детей в мировом и российском контексте. Во-вторых, коллектив авторов объединил исследователей и практиков, обобщивших не только уже известный, но и свой собственный практический опыт работы с детьми и семьями. В-третьих, монография имеет четкую методическую образовательную направленность и может быть использована для обучения специалистов.

Идея авторов заключалась в том, чтобы вести обучающегося от общего к частному, от теории к практике. Этот подход отражен в структуре монографии.

Монография начинается с анализа терминологии и соответствующих явлений и феноменов. Затем актуальность проблемы насилия по отношению к детям в Российской Федерации рассматривается в историческом и международном контексте. В сравнительном плане анализируются подходы к решению этой проблемы в других странах и в российском законодательстве, а также в отечественной правовой системе и российской инфраструктуре социальной, психологической, педагогической профилактики и помощи пострадавшим от насилия детям.

Основой индивидуальной работы психолога и социального работника с такими детьми служит знание медицинских, психологических и социальных последствий насилия, в том числе их специфики в зависимости от характера насилия и жестокого обращения. При этом ключевое значение для оказания помощи ребенку – жертве насилия имеет своевременное распознавание конкретных признаков таких последствий, включая психическую травму, и получение информации о ситуации насилия в целом. Следует учитывать, что часто такая диагностика должна быть комплексной, междисциплинарной медико-психологической. Опрос ребенка о ситуации, в которой он пострадал, должен быть построен в соответствии с определенными правилами для того, чтобы избежать искажения информации в результате внушения или неправильного понимания ребенком вопросов взрослого.

Выявление признаков насилия по отношению к ребенку, как правило, является поводом для обращения в правоохранительные органы и служит началом длительного и психологически трудного для несовершеннолетнего процесса проверки информации правоохранительными органами, возбуждения уголовного дела, предварительного и судебного следствия. Каждый раз, когда несовершеннолетний потерпевший должен в соответствии с требованиями законодательства описывать то, что с ним произошло, это чревато ретравматизацией, ухудшением его психического состояния. В то же время такие юридические процедуры

необходимы для привлечения виновных к ответственности. В связи с этим задачей психолога является помощь следователю в организации продуктивного допроса несовершеннолетнего при соблюдении интересов ребенка и создании для него максимально щадящих условий. Владение технологиями сопровождения следственных действий с участием несовершеннолетних потерпевших, – важная компетенция психолога.

Одним из этапов следствия по делу является проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы потерпевшего. Специалисты, работающие с ребенком, должны быть ориентированы в особенностях проведения такой экспертизы, ее целях и возможном влиянии на психологическое состояние ребенка.

Психологическая, а при необходимости и медицинская помощь ребенку, пострадавшему от насилия, должна оказываться как можно раньше, чтобы избежать развития неблагоприятных психических состояний. Кризисная помощь, смягчение или устранение последствий психической травматизации – важнейшие аспекты работы с несовершеннолетним потерпевшим. В этих случаях психолог должен уметь работать во взаимодействии со специалистами смежных профессий – психиатрами, психотерапевтами. Действуя таким образом, он сможет обеспечить предупреждение возникновения негативных явлений, в частности, проявления агрессии и аутоагрессии пострадавшего.

Помимо кризисного вмешательства ребенку, пострадавшему от насилия, нередко требуется более длительная консультативная и психотерапевтическая помощь. Она может оказываться в русле различных концептуальных подходов. В книге представлены наиболее распространенные из них и кратко описаны используемые в них методы терапии психической травмы. Специалист, работающий с потерпевшими детьми, должен хорошо ориентироваться в этих подходах и развивать собственные практические навыки и умения.

В то же время психологической помощи только несовершеннолетнему, пострадавшему от насилия, особенно если оно имело внутрисемейный характер, недостаточно. Условием дальнейшего благополучного психологического развития ребенка является одновременная работа с семьей. Специально разработанные технологии помощи семье имеют, как правило, междисциплинарный и межведомственный характер.

Наиболее уязвимая и незащищенная категория детей – дети-сироты. Они могут подвергаться жестокому обращению, находясь в интернатных учреждениях или в приемных семьях. Практика показывает, что это происходит достаточно часто. Работа психолога и социального педагога имеет в таких случаях существенную специфику и направлена не только на ребенка, но, прежде всего, на его социальное окружение, а профилактика насилия становится важнейшим направлением профессиональной деятельности и должна иметь системный характер.

Источником насилия для ребенка может стать и его ближайшее окружение в образовательном учреждении. Для специалистов уже привычным стало слово «буллинг», или травля. Особыми признаками такой травли является неравенство сил обидчиков и пострадавшего, а также систематичность жестокости. Поэтому и характер коррекционной работы также должен быть системным и охватывать всю организацию, а не только концентрироваться на пострадавшем. Нередко, однако, последствия буллинга бывают настолько серьезными, что пострадавшему требуется активное психотерапевтическое вмешательство. В настоящее время все чаще встречается новый вид виртуальной травли между сверстниками в сети Интернет – кибербуллинг. Выявить его сложнее, чем обычный буллинг, а профилактика кибербуллинга требует еще более тонкой работы. Специалисты должны представлять себе ее особенности.

Наконец, в практической работе психологи и социальные педагоги, работающие с детьми, пострадавшими от насилия, могут использовать накопленный зарубежный опыт программ профилактики и реабилитации с доказанной эффективностью, а также новые подходы и разработки, использующие последние достижения науки и практики.

Все перечисленные вопросы подробно рассматриваются в монографии, на основе которой строится построена программа обучения специалистов, работающих с проблемами насилия в отношении детей. Практический опыт профессионалов и имеющиеся знания в этой области будут дополнять также новые данные и методические приемы профилактической и коррекционно-реабилитационной работы, благодаря чему дети смогут получать квалифицированную защиту и помощь.

РАЗДЕЛ 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ. ВИДЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Проблема насилия, в том числе насилия по отношению к детям, рассматривается как одна из важных мировых проблем рядом международных организаций. Особое внимание этой проблеме уделяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которая взяла на себя разработку методологии ее исследования, сбор данных и создание системы комплексной профилактики. В дальнейшем мы будем пользоваться терминологией и определениями, предложенными ВОЗ для обозначения насилия и различных его аспектов.

В докладе о ситуации с насилием в мире и его влиянии на здоровье граждан, выпущенном ВОЗ в 2003 г., содержалось следующее определение насилия:

«Преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб»^{<113>}.

Одним из главных критериев насилия является его преднамеренность и фактическое совершение акта насилия независимо от результата. К насилию относится и использование власти, то есть угрозы, запугивание, отсутствие заботы, неоказание помощи, пренебрежение нуждами. Понятие «насилие» включает в себя все виды жестокого обращения. Широк круг и последствий насилия, в том числе психологический вред, ущерб для здоровья и отклонения в развитии. Последствия насилия могут быть не только явными, но и скрытыми, сохраняющимися длительное время.

Наряду с понятием «насилие» во многих случаях, особенно касающихся сексуальных действий по отношению к детям, применяется термин «*злоупотребление*». Оно обозначает использование доверия ребенка во вред ему самому, эксплуатацию, вовлечение ребенка в действия, на которые он по своему интеллектуальному и личностному развитию еще не может дать информированного согласия. К понятию «злоупотребление» близко слово «*абьюз*», получившее в последнее время распространение в русскоязычной литературе в данном контексте по аналогии с английским термином «*abuse*», – использование чего-либо в неправильных целях, аморально, с причинением вреда.

Понятие насилия в отношении детей тесно связано с категорией жестокого обращения. Согласно официальному определению ВОЗ,

«жестокое или плохое обращение с ребенком – это все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговля или другие формы эксплуатации, способные привести или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти»^{<113>}.

Следует подчеркнуть, что под детьми имеются в виду все несовершеннолетние в возрасте до 18 лет. Жестокое обращение чаще всего имеет место дома, но может происходить и в других условиях, например, в школах и детских домах.

В приведенном определении жестокого обращения содержится упоминание четырех основных видов насилия и злоупотребления, а именно: физическое насилие; сексуальное насилие; эмоциональное насилие; отсутствие заботы.

Физическое насилие над ребенком определяется как действия со стороны воспитателя, которые фактически причиняют физический вред или могут его причинить. Сексуальное насилие имеет место, когда воспитатель использует ребенка для получения сексуального удовлетворения. Под эмоциональным насилием имеется в виду неспособность воспитателя обеспечить подходящую для ребенка доброжелательную атмосферу; оно включает действия, оказывающие неблагоприятное влияние на эмоциональное здоровье и развитие ребенка: это ограничение его движения, оскорбление, унижение, осмеяние, угрозы и запугивание, дискриминация, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения. В последнее время к эмоциональному насилию также относят присутствие детей при сценах насилия, причем наблюдение ребенком насилия может быть как принудительным, так и случайным. Три перечисленных варианта принято относить к активному жестокому обращению. Пренебрежение потребностями ребенка и отсутствие заботы о нем – пассивный вид жестокого обращения. Под ним понимается неспособность или нежелание родителя обеспечить развитие ребенка – там, где он обязан это сделать – в следующих аспектах (одном или более): здоровье, образование, эмоциональное развитие, питание, кров и безопасные условия проживания. Отсутствие заботы отличается от проживания в бедности: оно может иметь место только в тех случаях, когда у семьи или у воспитателя имеются некоторые средства.

В последние годы представление о видах насилия в отношении детей расширяется. Помимо перечисленных к ним относят травлю (буллинг), в том числе в виртуальном пространстве (кибербуллинг). Травля, по определению ВОЗ, представляет собой агрессивное преследование со стороны другого ребенка или группы детей, которые не являются братьями и сестрами жертвы и не состоят с ней в романтических

отношениях. Для этой формы насилия характерны повторяющиеся действия, причиняющие физический, психологический или социальный вред. Травля часто происходит в школах и других местах совместного пребывания детей, а также в интернете.

Выделяется также такая категория, как насилие в молодежной среде. Этот вид насилия встречается в молодежных группировках в возрастном диапазоне 10–29 лет в форме физического нападения между приятелями или незнакомыми людьми с применением оружия или без него; возможно как индивидуальное, так и групповое насилие.

Еще один вид насилия касается подростков, уже имевших половые отношения и подвергающихся насилию со стороны нынешнего или бывшего полового партнера. Это явление иногда называют насилием на свидании.

Жестокому обращению во всех его основных формах могут подвергаться дети любого возраста. Несколько позже, при вступлении несовершеннолетних в детско-подростковые группы в образовательных учреждениях или вне них, может начинаться травля (буллинг). К подросткам относится возможность быть подвергнутыми насилию в молодежной среде или со стороны полового партнера.

Более конкретные рамки определения насилия в разных странах зависят от существующих в них культуральных норм. Профилактика насилия в значительной степени связана с изменением этих нормативных границ и толерантности общества к тем или иным видам насилия, например, телесным наказаниям или домашнему насилию в целом. Нередко жертв обвиняют в пережитом ими насилии; девочки страдают от насилия чаще, чем мальчики, что позволяет говорить о гендерном насилии. Нормы общества по отношению к насилию могут считаться фактором риска или фактором защиты, в зависимости от их конкретного характера.

Факторы риска, кроме того, могут рассматриваться на разных уровнях – от индивидуальных до общественных. Для их анализа удобно использовать экологическую модель Ури Бронфенбреннера, предложенную в конце 1970-х годов прошлого века.

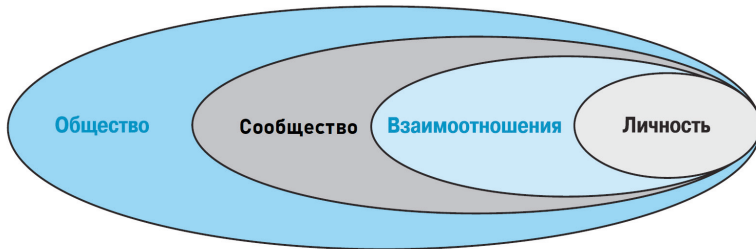


Рис. 1. Насилие и его влияние на здоровье (ВОЗ, 2002)

На уровне индивида к факторам риска относятся биологические характеристики и данные биографии, такие, как пол, возраст, образование, наличие инвалидности, отставание в умственном и когнитивном развитии, психические нарушения, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость и пережитые ранее эпизоды агрессии или жестокого обращения.

На уровне ближайшего окружения факторами риска являются недостаток эмоциональных привязанностей, плохое выполнение родителями своих обязанностей, нарушение функций семьи и ее распад, присоединение к группе сверстников с антиобщественным поведением, присутствие при актах насилия в отношении родной или приемной матери, а также ранний или принудительный брак.

На уровне сообщества факторы риска включают особенности сложившейся обстановки, например, в школах, в жилых районах, которые повышают риск насилия. Это бедность, безработица, высокая плотность населения, низкая социальная сплоченность, наличие временно проживающих лиц, небезопасная физическая среда, высокий уровень преступности и существование местной сети распространения наркотиков. Сюда же относится отсутствие эффективной помощи жертвам насилия.

На уровне общества в целом факторы риска – наличие правовых и социальных норм, формирующих такое общественное мнение, которое провоцирует насилие или признает это явление нормальным. В перечень этих факторов могут входить политические меры в области здравоохранения, экономики, образования и социального развития, поддерживающие экономическое, гендерное или социальное неравенство; отсутствующая или ненадлежащая социальная защита; социальная уязвимость, обусловленная конфликтами или их последствиями, а также стихийными бедствиями; слабое руководство и низкий уровень охраны правопорядка.

Взаимодействие между факторами, находящимися на разных уровнях, не менее важно, чем влияние факторов в пределах одного уровня. Например, осложнения, связанные с беременностью и родами, позволяют прогнозировать вероятность жестокого обращения с ребенком, особенно в сочетании с проблемами внутри семьи. Уязвимость детей повышается также под влиянием внешних обстоятельств, таких, как гуманитарные кризисы, экономическая миграция, вспышки болезней и т.п.

Рассмотрим каждый из упомянутых выше четырех видов насилия и злоупотребления подробнее.

Физическое насилие и его критерии

В 1946 г. Джон Кэффи опубликовал работу «Множественные переломы длинных костей младенцев, страдающих хронической субдуральной гематомой», где косвенным образом затронул проблему физического

насилия^{<215>}. Затем в 1962 году термин «синдром избитого ребенка» был предложен и описан Генри Кемпе и его соавторами^{<211>} (Brand, R.A., 2011) в одноименной знаковой статье в академическом рецензируемом журнале Американской медицинской ассоциации (1962). Ведущим соавтором данной статьи был Фредерик Н. Сильверман, который и ранее занимался данной проблемой, поэтому во многих источниках «синдром избитого ребенка» называют «синдромом Сильвермана». В работе описывались травмы детей, которые наблюдались в отделениях неотложной помощи, педиатрии и отделениях общей практики, которые не могли быть объяснены родительскими объяснениями о падениях с качелей, ударах о журнальные столики и так далее^{<268>} (Kempe, C.H. et al., 1962).

Американский радиолог Джон Кэффи в 1974 описал «синдром резкой встряски младенца», или «синдром потрясенного ребенка» («whiplash shaken infant syndrome» – WSIS)^{<216>} – (Caffey J., 1974). В младенческом возрасте именно этот синдром является причиной смерти или серьёзных неврологических травм, полученных в результате жестокого обращения с детьми. Британский нейрохирург Норман Гуткельч впервые описал тряску как причину субдурального кровоизлияния у младенцев (Guthkelch, 1971)^{<255>}.

В России этот синдром чаще определяют как синдром травматической тряски ребенка (СТТР). Непосредственной причиной, вызывающей развитие СТТР, является сам акт сильной тряски, а плач ребенка наиболее часто приводит к его сильному встряхиванию взрослым. Чувство разочарования (фрустрация), нереализованные надежды, возлагавшиеся на рождение ребенка, социальный стресс, невнимание к детской безопасности и пренебрежение ею – все это вкуче с поспешными, неосмотрительными действиями родителей или лиц, ухаживающих за детьми, приводит к смертельным травмам у детей. Родители могут оставить плачущего ребенка одного в кроватке, надеясь, что он успокоится самостоятельно, или решают потрясти его; при этом родитель берет ребенка за плечи или подмышки и начинает интенсивно встряхивать, что вызывает резкое движение головы младенца взад и вперед (Румянцев А.Г., Древаль О.Н., Фениксов В.М., 2007)^{<139>}.

Специалисты-медики выделяют такой вид физического насилия, как ожоги. Приблизительно от 6 % до 20 % всех случаев жестокого обращения с детьми – это физическое насилие, результатом которого являются ожоги (Ermertcan A.T., Ertan P., 2010)^{<234>}. Повреждения могут быть вызваны горячей жидкостью, предметами и пламенем.

Наиболее часто физическое насилие осуществляется под видом физических наказаний. Различие между физическим насилием и физическим наказанием существует скорее в общественном сознании, чем в реальной жизни (Алексеева И.А., Новосельский И.Г., 2006)^{<2>}. В семьях, где царит насилие, травмы матери и отца могут передаваться

из поколения в поколение. Однако передача насилия из поколения в поколение наблюдается только у матерей. Когда сообщается о насилии в семье, профессионалы должны принимать во внимание насилие, а также историю родителей и симптомы травмы всех членов семьи. (Lünnemanna M.K.M, et al., 2019)^{<238>}.

Телесные наказания до недавнего времени были общепринятой практикой в семьях и школах, где ремень, линейки, хлысты различных видов и другие орудия тщательно подбирались для наиболее подходящего обращения с беспокойным или иным трудным ребенком. Однако современные ученые, как правило, считают, что такие формы наказания могут негативно сказаться на здоровом развитии. Физические наказания влияют на формирование рискованного поведения, таких его видов, как правонарушения и рискованное сексуальное поведение, агрессивное поведение ребенка. Возможно возникновение посттравматического стрессового расстройства, а также иных негативных последствий для здоровья, связанных с употреблением табака и наркотиков, со снижением понимания и принятия того, что составляет разумное и приемлемое поведение (Robinson Y., 2019)^{<313>}.

Комитет ООН по правам ребенка в своем Замечании общего порядка № 8 (2006) определяет телесное или физическое наказание как «любое наказание, при котором применяется физическая сила и которое призвано причинить некоторую степень боли или дискомфорта, какими бы легкими они не являлись». По мнению Комитета, в основном это касается ударов («порка», «отшлепывание», «трепка») детей рукой или предметом (кнутом, палкой, ремнем, туфлей, деревянной ложкой и т.д.); также это может быть пинками, встряхиванием или швырянием детей, царапаньем, щипанием, кусанием, выдергиванием волос или оплеухами, принуждением детей оставаться в неудобном положении, обжиганием, ошпариванием или принудительным заглатыванием (например, промывкой ртов детей мылом или принуждением к заглатыванию острых специй)^{<187>}.

Физическое насилие над ребенком – это не случайная травма ребенка. Многие государства добавляют к юридическому определению другие факторы, такие, как возраст насильника и характер травмы. Травмы включают ушибы, рваные раны, тупые травмы, переломы, травмы головы, тряску, ожоги и отравления. Могут быть включены сложные синдромы, такие как синдром Мюнхгаузена *by proxy*^{<277>}, при котором родители или опекуны намеренно вызывают у ребенка болезненное состояние или выдумывают его, чтобы обратиться за медицинской помощью^{<84>}.

Физическое насилие в медицинской практике чаще обозначают как «синдром избитого ребенка», «тяжелая травма головы», «синдром потрясенного ребенка». Всемирная организация здравоохранения в Международной классификации болезней (МКБ-9) выделяет следующие кодировки проявлений физического насилия:

- 995.50 – общее злоупотребление;
- 995.54 – физическое насилие;
- 995.55 – синдром потрясенного младенца;
- 995.59 – множественные формы злоупотреблений;

Также добавляются коды, чтобы указать виновного: V61.22 – родитель; V62.83 – не родитель.

К факторам риска (родителей) опекунов относят следующие:

- жестокое обращение в детстве; насилие в семье; экономический стресс
- отсутствие социальной или эмоциональной поддержки; низкий социально-экономический статус; плохой контроль импульсов; одиночный статус; злоупотребление психоактивными веществами; молодой возраст.

К факторам риска ребенка относятся синдром дефицита внимания/гиперактивности; аутизм; хроническое заболевание; колики; задержка развития; эмоциональные проблемы; физическая неполноценность; недоношенность.

Клиническая картина, признаки и симптомы физического жестокого обращения с детьми могут быть разнообразны.

Синяки, которые вызывают подозрения о жестоком обращении с детьми, включают следующие области: брюшная полость; синяк с кровоподтеком; щеки; грудь; уши; генитальные или анальные области; внутренние поверхности рук и ног; шея.

На жестокое обращение могут указывать следующие виды ожогов у маленьких детей: контактные ожоги, отражающие форму горячего предмета; травмы прижигания; погружные ожоги с рисунком чулок-перчатка.

Следующие типы переломов часто бывают вызваны жестоким обращением: перелом у ребенка, который не умеет ходить; перелом, несовместимый с предоставленной историей; метафизические переломы; переломы ребер; переломы лопаток; переломы грудины; переломы тела позвонка.

Существует несколько типов травм головы, глаз, ушей, носа и горла: порезы или ушибы во рту у ребенка без зубов; повреждения уздечки; внутричерепная травма без значительной травмы в анамнезе или периода гипоксии; кровоизлияния в сетчатку; перелом черепа при падении с малой высоты; субдуральная гематома.

Повреждения внутренних органов при отсутствии скоростной травмы или падения с большой высоты могут свидетельствовать о злоупотреблении: гематома двенадцатиперстной кишки, разрыв пищевода или глотки, разрыв печени, разрыв брыжейки; повреждение поджелудочной железы; ушиб легких; разрыв селезенки.

При синдроме потрясенного ребенка эксперт может увидеть некоторые или все следующие признаки: внутричерепное повреждение, обычно субдуральная гематома; метафизарные переломы; кровоизлияния в сетчатку; переломы ребер.

В случаях подозрения на жестокое обращение с ребенком полное физическое обследование должно сосредоточить внимание на ротоглотке, задней ауриеллярной области, внутренних поверхностях конечностей, наружных анальных и половых областях.

(Lenane A.M. Instant Diagnosis and Treatment, 2007)^{<202>}.

К поведенческим и психологическим индикаторам физического насилия относят следующие (Волкова Е.Н., 2011):

- исключительная замкнутость или агрессивность ребенка;
- малоподвижность, пассивность, слабая эмоциональная реакция;
- негативная ориентация на группу детей (настороженность и агрессия на любые изменения в группе);
- стеснительность, избегание контактов со сверстниками;
- поведение «маленького старичка»;
- предпочтение игр только с маленькими детьми, а не с ровесниками;
- саморазрушающее поведение (например, членовредительство);
- ношение одежды, неподходящей для погодных условий, но скрывающей тело;
- тревожность в отношениях с другими людьми;
- страх взрослых, страх физического контакта;
- боязнь идти домой;
- побеги из дома;
- повышенная тревога, когда плачут другие дети;
- тики, сосание пальцев, раскачивание и др.

В подростковом возрасте поведенческими и психологическими индикаторами физического насилия является весь спектр девиантного поведения ребенка^{<114>}.

Эмоциональное (психологическое) насилие и его критерии

Эмоциональное, или психологическое насилие может быть столь же тяжелым, как и физическое. Это самый часто встречающийся вид жестокого обращения, так как оно сопровождает и все другие виды – физическое, сексуальное насилие, пренебрежение потребностями. Однако оно может быть и самостоятельной формой жестокого обращения.

Эмоциональное жестокое обращение с ребенком со стороны опекающего взрослого в качестве отдельного вида впервые вошло в юридические документы США и Великобритании в конце 1970 – начале 1980-х годов как основание для принятия мер по защите детей. Однако

его точное определение, а также квалификация причиняемого им «существенного вреда» встретились с трудностями.

Первые попытки определения и операционализации этого понятия относились к действиям взрослого, нарушающего развитие «Я» и социальной компетенции ребенка путем отвержения, изоляции, игнорирования, терроризирования, развращения^{<249>} или лишения эмоционального отклика, эксплуатации, изоляции от социализирующей среды^{<258>}. Сложность, однако, состояла в том, что большинство детей время от времени попадали в подобные ситуации, но единичные случаи не приводили к существенному вреду для их развития. Представители других подходов определяли психологическое насилие как действия родителей, которые не удовлетворяли базовые эмоциональные потребности детей, такие, как потребность в психологической безопасности, в семейной среде, свободной от враждебности и насилия, в постоянном и доступном опекающем взрослом, в позитивной самооценке^{<206>}, что сближает этот вид жестокого обращения с такой его формой, как пренебрежение потребностями. Подчеркивается продолжительный, систематический характер жестокого обращения в виде унижений, критики ребенка, угроз, высмеивания, лишения любви и отвержения^{<320>}. Тем не менее, это могут быть и отдельные экстремальные эпизоды^{<271>}. Как следствие, дети чувствуют себя отвергнутыми и обесцененными и часто реагируют на это агрессией, потерей дистанции или уходом в себя, страхом и чувством неполноценности.

В течение долгого времени эмоциональное насилие связывали только с действиями родителей. Так, D. Ivaniec дает этому термину следующее определение: «Враждебное или безразличное поведение родителей, которое вредит самооценке ребенка, подрывает его веру в себя и свои достижения, препятствует его чувству принадлежности, здоровому и активному развитию, лишает его благополучия»^{<267>}. В этом случае возникает вопрос о том, насколько сами родители способны к адекватному выполнению своих обязанностей и какие факторы влияют на эту способность. Каждый родитель должен обеспечить два вида потребностей детей: физическое выживание и психологическое функционирование. Для развития здорового, счастливого ребенка, способного адаптироваться к социальной среде и быть творчески активным, необходимы безопасность, любовь, внимание, принятие, признание, чувство принадлежности, новый опыт. Это создает нормальную социальную ситуацию развития ребенка, его взаимодействия со взрослым, обеспечивающим зону ближайшего развития ребенка и его перспективу в будущем. Трудности родителей в обеспечении этих условий могут быть связаны с незнанием физических и психологических потребностей детей, неопытностью, а нередко – с опытом пережитого жестокого обращения в детстве самого родителя и повторением им неадекватных воспита-

тельных практик. Источником напряжения и агрессии по отношению к ребенку может стать стрессовая ситуация, в которой находится родитель в силу экономических или семейных трудностей. Причина жестокого эмоционального обращения может также крыться в трудном поведении самого ребенка и негативном отношении к ребенку со стороны родителя. Ряд исследований позволил обрисовать характеристику родителей, склонных к эмоциональному жестокому обращению с детьми. Это люди социально изолированные, с плохими отношениями в семье, импульсивные, нездоровые, в том числе психически, экономически уязвимые, ведущие хаотичный образ жизни, с недостаточными социальными и профессиональными навыками, жертвы жестокого обращения в детстве, злоупотребляющие алкоголем и психоактивными веществами^{<225>}, <230>, <307>. В семьях таких родителей часты ссоры, сцены насилия между супругами, свидетелем которых становится ребенок, атмосфера постоянных тревоги и страха. Данные исследований свидетельствуют, что дети, наблюдающие насилие в отношениях родителей, испытывают очень большое напряжение, которое сказывается на их когнитивных возможностях, а впоследствии – на готовности устанавливать партнерские отношения^{<337>}. Они переживают сильный эмоциональный стресс независимо от того, являются ли они при этом жертвами или лишь свидетелями насилия. Эти состояния отрицательно отражаются на желании учиться, концентрации внимания, когнитивном и социальном развитии, что ведет к слабым школьным достижениям. У некоторых детей возникают расстройства сна и тревога. Кроме того, под угрозой оказываются их контакты и отношения вне семейного круга, так как они приучаются использовать насилие в разрешении конфликтов со сверстниками. Пережитое в детстве насилие повышает риск повторения насильственных образцов поведения во взрослом возрасте. Таким образом, домашнее насилие – это результат «социального наследования»^{<271>}.

Особую группу некомпетентных и нередко практикующих жестокое, в том числе эмоциональное, обращение родителей составляют юные экономически и социально незащищенные матери-одиночки, часто сами жертвы жестокого обращения, находящиеся в трудной жизненной ситуации и нуждающиеся в поддержке и обучении конструктивным формам общения с детьми (Tremblay R., 2020). Тем не менее, эмоциональное насилие встречается и в семьях состоятельных родителей, имеющих хорошее образование, но эмоционально холодных, создающих атмосферу постоянного напряжения, требовательных и контролирующих, не допускающих игры, активности и ошибок ребенка, что также вызывает у последнего тревогу и неуверенность в себе.

Признаками психологического жестокого обращения в семье могут служить следующие признаки, если ребенок

- не включается в круг семьи;
- игнорируется, не замечается;

- не допускается к активной роли в жизни семьи, принятии решений;
- постоянно лишается поощрений;
- часто наказывается за мелкие проступки;
- никогда не получает похвалы;
- постоянно высмеивается и критикуется;
- его достижения не признаются, хорошие поступки не получают одобрения;
- его часто стыдят и унижают в присутствии сверстников, братьев и сестер, других людей;
- не замечаются его попытки сделать что-то хорошее для взрослого;
- игнорируется при попытках привлечь внимание или проявить теплые чувства;
- ему не разрешают общаться со сверстниками;
- социально изолируют;
- ему говорят, что его не любят, он не нравится;
- его обвиняют, если в семье что-то идет не так;
- не получает необходимого руководства или надзора;
- к нему предъявляются повышенные требования, не соответствующие его уровню развития;
- развращается взрослым через употребление наркотиков, проституцию, воровство;
- поощряется в развитии негативных отношений и предрассудков, в том числе религиозных, расовых, культуральных и иных отношений ненависти;
- ему не разрешают физического контакта с опекающим взрослым;
- ребенку не разрешают проявлять эмоции²⁶⁶.

Эмоциональные травмы труднее распознать, чем физические, так как они не имеют отчетливого внешнего проявления. Дети, переживающие ситуацию насилия в семье, могут обращать на себя внимание, но это не обязательно. Обычно семья старается «не выносить сор из избы», поэтому такие дети часто пытаются защищать семью, в особенности родителей, и представлять все, что в семье происходит, в позитивном свете. Дети стараются не навредить своим семьям. Чаще всего они привязаны к родителям, несмотря ни на что, и не раскрывают истинного положения дел. Они могут бояться последствий такого раскрытия – либо наказания со стороны родителя, либо изъятия из семьи и помещения в приют. Нередко родители вызывают у них самих чувство вины за происходящее, и они боятся еще больше увеличить эту вину. Кроме того, общение с близкими не способствовало развитию у них доверия к другим людям, поэтому они не стремятся поделиться с ними своими проблемами. Тем важнее, однако, побудить детей говорить и добиться от них правдивой информации.

Как правило, эмоциональное жестокое обращение с детьми в семье выступает в сочетании с физическим насилием или пренебрежением потребностями ребенка. Косвенными признаками жестокого обращения могут служить такие особенности, как страх ребенка идти домой, боязнь контактов, робость или немотивированное агрессивное поведение. Эти признаки не являются доказательствами жестокого обращения, но на них следует обратить внимание специалисту.

Несмотря на то, что эмоциональное насилие чаще всего связывается с семьей ребенка, оно может проявляться и в других социальных контекстах. В таком случае требуется более широкое определение этого феномена, которое, например, дается Американской психологической ассоциацией: «Паттерн поведения, посредством которого один человек намеренно и повторно подвергает другого нефизическим действиям, наносящим вред поведенческому и эмоциональному функционированию, а также общему психическому благополучию последнего»²⁰³. В качестве форм эмоционального насилия называются запугивание и терроризирование; унижение и издевательства; эксплуатация; преследование; отвержение и холодное отношение; изоляция; чрезмерный контроль.

Одной из сфер, в которых ребенок может подвергаться эмоциональному жестокому обращению, является школа, где такое обращение может наблюдаться как со стороны сверстников, так и учителей.

Эмоциональное жестокое обращение с ребенком со стороны учителя – мало исследованная, но реально существующая проблема. Учителя часто сами находятся в стрессовой ситуации; актуальна для них и проблема эмоционального выгорания. В результате нередко многие из них прибегают к таким видам поведения, которые воспринимаются учениками как жестокие: унижение учеников, дискриминация, предвзятое отношение; доминирование и чрезмерный контроль; запугивание; дистанцирование и равнодушие. Негативное значение для учеников имеют также такие варианты поведения учителя, как навешивание обидных ярлыков; непоследовательное, импульсивное поведение; крики на детей, доведение их до слез; неуместные угрозы в попытке контролировать класс; разрешение одним ученикам преследовать других; использование домашнего задания как наказания²⁸⁶. В подобных случаях необходима работа как с отдельными учителями, проявляющими подобное поведение, так и с психологическим климатом школы в целом.

Как правило, школы с неблагоприятной внутренней атмосферой становятся также местом, в котором проявляется еще одна форма эмоционального, а иногда и физического жестокого обращения, которая получила название **буллинга**. Систематическая травля слабых учеников более сильными – одна из существенных проблем современной школьной жизни. Этой проблеме будет уделено специальное внимание в нашем пособии.

Эмоциональное насилие в сочетании с другими формами жестокости или выступающее изолированно может иметь тяжелые последствия для развития детей. Профилактика такого обращения и коррекционная работа с его последствиями – важная задача психолога-практика.

Сексуальное насилие и злоупотребление, их критерии

Сексуальное насилие в отношении несовершеннолетних является одним из самых опасных и в то же время распространенных преступлений. Такой вид преступления наносит непоправимый вред и физическому, и психологическому здоровью ребенка, его дальнейшему личностному, психологическому и физическому развитию, а также общей нормальной жизнедеятельности.

Сексуальное жестокое обращение включает в себя насильственные и ненасильственные сексуальные действия с участием несовершеннолетнего. В последнем случае имеется в виду вовлечение несовершеннолетнего в сексуальную активность, на которую он по своему возрасту и развитию не может дать информированного согласия. В подобном взаимодействии несовершеннолетний стимулируется сексуально или используется виновным для собственной сексуальной стимуляции. Правонарушения сексуального характера включают в себя любой вид сексуальной активности с ребенком, а не только физический контакт. Сексуальные посягательства, которые происходят без применения физической силы или угроз, то есть без применения насилия, называются сексуальным злоупотреблением.

Т.Я. Сафонова (2004) предлагает следующее понятие сексуального насилия: «Сексуальное насилие или развращение—это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в прямые или косвенные акты сексуального характера с целью получения сексуального удовлетворения или выгоды. В результате таких действий наносится вред физическому и психическому здоровью ребенка, его психосексуальному развитию и появляются отклонения в поведении, затрудняющие социальную адаптацию». Автор придает определению более развернутый характер и включает в него такие аспекты, как вовлечение ребенка в занятие проституцией и производство порнографической продукции^{<143>}.

Более краткое и общее определение предлагает Г.П. Каюда и его соавторы (2011): «Сексуальное насилие – это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения». В такой дефиниции авторы акцентируют внимание на том, что к сексуальному насилию относится любой контакт или взаимодействие между ребенком и взрослым, в котором ребенок используется для сексуальной стимуляции либо сексуально стимулируется^{<69>}.

Сексуальное жестокое обращение включает в себя:

- любой сексуальный контакт с ребенком, от поцелуев в сексуальной форме до половых актов;
- создание порнографических фотографий или видео с участием детей;
- совершение телефонных звонков или отправление электронных писем, текстовых или других сообщений, которые носят сексуальный характер;
- демонстрация несовершеннолетним порнографических материалов;
- разговоры с ребенком на сексуальные темы;
- сексуальный трафик, или вовлечение детей и подростков в проституцию^{<239>}, <214>

С точки зрения юридической квалификации перечисленным категориям соответствуют следующие статьи УК РФ: ст. 131 «Изнасилование»; ст. 132 «Насильственные действия сексуального характера»; ст. 133 «Понуждение к действиям сексуального характера»; ст. 134 «Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшем 16-летнего возраста»; ст. 135 «Развратные действия».

Существует условное деление действий сексуального характера на несколько видов.

Так, например, выделяют прямые и непрямые сексуальные контакты. Прямые сексуальные контакты включают в себя прикосновения к половым органам ребенка руками, гениталиями или другими частями тела взрослого, поцелуи; мастурбация или оральная стимуляция взрослым гениталий ребенка; принуждение ребенка к стимуляции руками половых органов или эрогенных зон взрослого и далее проникновение при помощи пениса или пальца взрослого, а также при помощи различных предметов во влагалище, рот или анус ребенка, принуждение ребенка к вступлению в половое сношение с кем-либо (взрослым, другим ребенком, животным). К непрямым сексуальным контактам можно отнести разговоры с детьми, имеющие явную сексуальную направленность; демонстрация ребенку обнаженных гениталий, груди, ягодиц; совершение полового акта на глазах у ребенка, а также побуждение его раздеваться, демонстрировать свои половые органы; демонстрация порнографических и эротических фильмов и вовлечение ребенка в изготовление подобных материалов; подглядывание за ребенком^{<174>}.

В зависимости от характера действий можно выделить насильственные и ненасильственные, а также контактные и неконтактные формы насилия и злоупотребления. Нередко используется дифференциация сексуального насилия на основе родственных отношений между посягателем и жертвой, то есть на *семейное* и *внесемейное*.

Внутрисемейное насилие – сексуальные посяательства со стороны близких кровных родственников; лиц, заменяющих родителей (усыновители, опекуны, попечители); лиц выполняющих функции родителей

(мачеха или сожительница отца, отчим или сожитель матери); близких родственников, с которыми ребенок проживает или тесно общается. Со всеми вышеперечисленными лицами ребенок имеет устойчивую связь, он привязан к ним и зависим от этих людей практически во всех аспектах своей жизнедеятельности, он доверяет им, таким образом это может привести к тому, что ребенок не способен распознать природу проявляемого к нему интереса со стороны близких родственников. Данный вид насилия является наиболее скрытой формой жестокого обращения с детьми. Значительно затрудняется выявление внутрисемейного сексуального насилия по причине закрытости семьи от внешнего контроля, а также, как уже ранее упоминалось, и зависимости ребенка от взрослого. Также можно заметить, что инцест, или сексуальный контакт между кровными родственниками, зачастую не сопровождается угрозами и физическим насилием. Таким образом, для вовлечения ребенка в длительные сексуальные отношения член семьи зачастую может использовать доверие ребенка и различного рода психологические манипуляции по отношению к нему. Объект посягательства определяется по таким критериям, как доступность и слабость жертвы, а также уверенность насильника в безнаказанности.

Внутрисемейное насилие, как правило, продолжается достаточно долгое время. Длительные сексуальные отношения между ребенком и взрослым внутри семьи также подкрепляются вовлечением в них и других ее членов. Таким образом, остальные члены семьи зачастую знают или же догадываются о происходящем, но в силу сложности и неординарности ситуации долгое время не решаются обратиться в полицию и предпочитают максимально изучить ситуацию и принять меры по защите ребенка самостоятельно, что в свою очередь создает благоприятные условия для насильника^{<315>}, <251>.

Внесемейное сексуальное насилие характеризуется осуществлением действий со стороны взрослого, который достаточно хорошо известен ребенку (друзья семьи, соседи, педагоги и т.д.). Таким образом, вследствие доверия к данным лицам, ребенок не воспринимает их как возможный источник опасности. Этот вид насилия часто связан с жестоким обращением с ребенком внутри семьи. В семьях, где ребенок подвергается физическому или психологическому насилию, а также в семьях, где родители пренебрегают основными потребностями ребенка, потребность в привязанности и любви родителей не удовлетворяется, что способствует возрастанию риска сексуальных посягательств со стороны хорошо знакомых ребенку взрослых. Такие лица без труда используют доверие и потребность ребенка во внимании и любви для вовлечения его в сексуальные отношения. Можно сказать, что именно неудовлетворенные в семье потребности ребенка дают возможность насильнику установить с ним доверительные отношения, которые

в будущем могут способствовать безбоязненному совершению посягателем действий сексуального характера. Изначально ребенок не говорит другим людям об этих отношениях в связи с непониманием происходящего, а также часто и по просьбе насильника. Позднее, осознав, что с ним происходит, ребенок начинает испытывать чувство стыда и вины за произошедшее, а также страх перед наказанием, что тоже, в свою очередь, способствует молчанию ребенка. Кроме того, в тех случаях, когда посягатель каким-либо образом вознаграждает ребенка, он может хранить тайну и из нежелания утратить полученные во время отношений преимущества.

Таким образом, невнимание и недостаточный контроль со стороны родителей может значительно повысить вероятность внесемейного сексуального насилия^{<260>}.

Уличное насилие – сексуальные посягательства со стороны незнакомых лиц или случайных знакомых. Данный тип насилия отличается тем, что он имеет внезапный характер и включает в себя использование физической силы или угроз.

Институциональное насилие включает сексуальные посягательства, которые используются для демонстрации власти и контроля, а также построения иерархических отношений в коллективе. Институциональное насилие чаще всего характерно для закрытых детских коллективов, таких как детские дома, интернаты, детские оздоровительные лагеря и т.д. Можно отметить, что такой тип насилия больше распространен среди мальчиков, так как они имеют большую потребность в демонстрации власти и контроля^{<212>, <316>}.

Развитие информационных технологий, возникновение альтернативных способов общения и взаимодействия способствуют возникновению новых видов сексуального жестокого обращения. Из них сексуальные домогательства в отношении детей и подростков являются наиболее опасным видом криминальной агрессии. Сексуальные домогательства, или груминг, включают в себя выстраивание доверительных отношений с ребенком для его дальнейшей сексуальной эксплуатации. В последнее время все большее распространение получает аналогичный вид активности в сети Интернет, получивший название *кибергруминга* или онлайн-груминга. Отличительными особенностями развратных действий в Интернете являются:

- доступность (посягатель может быть на связи с жертвой в любое время);
- анонимность (зачастую жертва не знает с кем она общается на самом деле);
- мнимое чувство безопасности для жертвы;
- широкий диапазон социальных последствий;

- высокая латентность;
- формирование у жертвы девиантного сексуального поведения^{<98>},
<153>, <154>, <275>

Сексуальному насилию могут подвергаться как девочки, так и мальчики. При этом, по разным данным, девочки становятся жертвами в 1,5–3 раза чаще, чем мальчики. Насилие над мальчиками чаще всего совершается учителями, воспитателями, другими детьми старшего возраста, а девочки чаще страдают от сексуального насилия со стороны членов семьи^{<240>}, <198>. В большом числе случаев психологическая травматизация девочек начинается до вступления ими в подростковый возраст. Часто девочки переживают случаи сексуального насилия, оказывающие неблагоприятное влияние на их личностное и психосексуальное развитие в целом^{<43>}, <44>.

Посягатели на половую неприкосновенность детей и подростков пользуются своим авторитетом или доверием жертв. Обычно это мужчины, которым, как правило, за 30, хотя значительную часть составляют подростки (например, братья и сестры или старшие товарищи). Правонарушители, которые совершают преступления в отношении членов семьи, чаще всего имеют только одну или двух жертв (девочек), в то время как правонарушители, не являющиеся родственниками, отличаются гораздо большим числом жертв (мальчиков). Посягатели выбирают уязвимую жертву, действуют последовательно, переходя от несексуальных прикосновений к сексуальной активности. Они могут использовать свой авторитет для принуждения жертв или различные формы соблазна и запугивания. Используя подкуп, угрозы, социальную изоляцию жертвы или физическую агрессию, преступники убеждают детей хранить молчание о сексуальных действиях, чтобы другие взрослые не могли вмешаться. Сексуальные насильники склонны рационализировать и минимизировать вред своего поведения, отрицать сексуальный характер намерений или перекладывать вину на ребенка^{<162>}, <254>, <328>.

Как отечественные, так и зарубежные авторы указывают на то, что риск повторно подвергнуться сексуальному жестокому обращению в два раза выше для людей ставшими жертвами сексуального насилия в детском возрасте. При этом, сексуальное насилие, перенесенное в детстве, называют основным неспецифичным фактором риска для возникновения психопатологии^{<199>}, <204>, <63>

Факторами уязвимости несовершеннолетних для сексуального жестокого обращения можно назвать проживание в неблагополучных семьях, социальную изоляцию, опыт других видов насилия, взаимодействие с другими детьми, которые были жертвами аналогичных преступлений, отсутствие безопасной среды для изучения сексуальности^{<12>}, <17>, <49>, <161>, <329>, <342>.

Пренебрежение потребностями ребенка и его критерии

ВОЗ определяет пренебрежение нуждами ребенка как неспособность обеспечить его развитие во всех сферах: здоровье, образование, эмоциональное развитие, питание, жилье и безопасные условия жизни. В отличие от насильственных действий пренебрежение характеризуется бездействием воспитателя. В российском законодательстве данное правонарушение регулируется статьей 156 УК РФ «Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего».

Риск пренебрежения, как правило, снижается с возрастом, средний возраст жертв составляет шесть лет. Мальчики и девочки в равной степени подвержены риску пренебрежения. Чаще всего к ответственности за пренебрежение нуждами ребенка привлекаются матери-одиночки. Молодые матери, родители из многодетных семей и те, кто сам испытал пренебрежение в детстве, с большей вероятностью будут пренебрегать потребностями своих детей. Экономические трудности и социальная изоляция также являются факторами, способствующими жестокому обращению. Кроме того, такие родители или лица, их замещающие, могут иметь проблемы с употреблением психоактивных веществ, которые ограничивают их способность выполнять родительские обязанности^{<1>, <15>, <39>, <180>, <196>, <201>, <209>}.

Пренебрежение нуждами ребенка не связано с проявлениями насилия и не всегда имеет видимые последствия, но при этом вред, наносимый бездействием родителей или лиц их замещающих, может быть необратимым. Отсутствие надзора – это серьезная проблема для здоровья детей, непреднамеренные травмы являются одной из основных причин смерти детей в возрасте от 1 до 15 лет во всем мире^{<3>, <31>, <37>}.

Типы пренебрежения нуждами ребенка:

- Пренебрежение здоровьем. Отказ или задержка в обращении за медицинской помощью, несоблюдение плана оказания медицинской помощи, пренатальное воздействие ПАВ или иных вредностей.
- Пренебрежение безопасностью. Несоблюдение мер безопасности дома, в транспорте, оставление ребенка в ситуации опасности.
- Пренебрежение образованием. Потворство пропускам занятий, несоблюдение правил образовательного учреждения.
- Пренебрежение питанием. Недостаточное питание, несоблюдение предписанной диеты.
- Пренебрежение к правилам гигиены, недостаточное обеспечение ребенка одеждой (одежда не по погоде, не по размеру, загрязненная и имеющая повреждения).
- Эмоциональное пренебрежение. Отсутствие проявлений заботы и привязанности, игнорирование или апатичная забота, отсутствие проявлений ласки, нежности и т.д.

Пренебрежение нуждами ребенка со стороны родителей или лиц, их замещающих, может быть следствием постстрессовых состояний матери, например, когда беременность, рождение и период раннего развития ребенка совпадает с переживанием психотравмирующей ситуации. Посттравматические состояния родителя можно отнести как к средовым, ситуативным, так и к психологическим факторам, влияющим на уровень эмоционального принятия-отвержения, и на проявления насилия над детьми^{<165>}.

К сугубо психологическим факторам, оказывающим влияние на уровень привязанности к ребенку и на проявления пренебрежения его нуждами, можно отнести личностные свойства родителя: акцентуации характера, уровень личностной зрелости, локус контроля и т.д. Акцентуированные личности могут оказывать разрушающее влияние на психическое развитие ребенка, проявляя в отношениях с ребенком такие качества, как холодность, эмоциональную дистанцированность и отвержение, властность и деспотичность. Характерным стилем воспитания в этом случае становится либо гипопека, переходящая в безнадзорность, либо тотальный контроль, в котором актуализация чувства вины и стыда у ребенка становится основным методом воспитательного воздействия^{<327>}.

Родители являются первой и основной социальной средой для своего ребенка, и в обязанности родителя входит удовлетворение основных потребностей ребенка, таких, как забота, защищенность и т.д. При этом, стиль семейного воспитания является своеобразной характеристикой личности родителя^{<9>}. Под стилем семейного воспитания понимается совокупность родительских стереотипов поведения, воздействующих на ребенка, которые характеризуются степенью контроля, количеством запретов, близостью эмоционального контакта родителя с ребенком. Например, авторитарные родители воспитывают в детях склонность к конфликтам, раздражительность. В таких семьях у родителей высокий уровень контроля, отношения с детьми отстраненные и холодные. Родители мало общаются с детьми, устанавливают жесткие правила и требования. Дети при таком стиле замкнуты, боязливы, раздражительны^{<176>}. Снисходительные или либеральные родители чаще всего провоцируют агрессивные, импульсивные реакции, а затем и паттерны поведения у детей. Уровень родительского контроля низкий, но при этом отношения между ребенком и родителем теплые. Родители не регламентируют поведение ребенка, могут лишь косвенно выполнять или вовсе игнорировать родительские функции, например, могут избегать устанавливать запреты^{<220>}.

Джон Мартин и Э. Маккоби дополнили типы воспитания еще одним, описав безразличных, индифферентных родителей. При таком стиле

взаимодействия имеет место низкий уровень родительского контроля, дети озлобленные, отношения холодные. Родители не устанавливают никаких ограничений для детей, безразличны к ним, закрыты для общения. В такой семье у ребенка может проявиться склонность к отклоняющемуся, девиантному поведению^{<294>}.

Исследования показали, что для матерей, пренебрегающих своими детьми и их нуждами, характерны социальная незрелость, инфантилизм, импульсивность, низкая самооценка, отсутствие навыков ухода за ребенком и т.п. В особую зону риска как неблагополучные родители попадают выпускники детских домов, интернатов, дети, выросшие в тяжелых социальных условиях, в асоциальных семьях. Таким образом, пренебрежение основными нуждами ребенка является мультифакторным феноменом, в развитии которого доминирующее значение имеют семейные обстоятельства^{<250>, <209>}.

Междисциплинарный характер проблемы насилия над детьми и жестокого обращения

Снижение уровня насилия в отношении детей является одним из приоритетных направлений государственной политики в нашей стране. Программы по распознаванию признаков жестокого обращения, расследованию преступлений, реабилитации жертв и предотвращению виктимизации несовершеннолетних разрабатываются специалистами различных сфер и областей знания. Проблема жестокого обращения в отношении детей и в научном, и в практическом аспектах носит междисциплинарный характер. Профилактические мероприятия по предупреждению возникновения негативных социальных и психологических условий жизни ребенка должны проводиться с раннего возраста и на протяжении всего периода детства, включать в себя различные виды медицинской, психологической, социальной и общественной поддержки семьи^{<15>, <38>, <56>, <88>, <183>, <283>}.

Криминологи и юридические психологи должны изучать проблемы возникновения, диагностики и предотвращения насилия в отношении детей, юристы своевременно разрабатывать законодательную базу для обеспечения безопасности и защиты детей от любых видов жестокого обращения. В сферу профессиональной компетенции практических психологов различных специальностей входит диагностика последствий перенесенного несовершеннолетними насилия, сопровождение судебно-следственных действий с участием детей и оказание им психокоррекционной и психореабилитационной помощи. В функции педагогов и воспитателей входит распознавание и эффективное реагирование в случаях применения в отношении детей жестокого обращения. Еще одним важным направлением работы педагогов и школьных психологов

является обучение и просвещение родителей наиболее эффективным способом взаимодействия с детьми. Работникам органов опеки и попечительства, представителям государственных и общественных организаций, работающих с несовершеннолетними, следует обладать соответствующими знаниями и навыками и быть готовыми к встрече с детьми, перенесшими насилие. Важные функции берут на себя специалисты системы здравоохранения. В первую очередь, это педиатры и детские хирурги, в задачи которых входит своевременное обнаружение физических признаков перенесенного ребенком жестокого обращения. Психиатрами проводится диагностика и оценка психического состояния несовершеннолетнего, при необходимости проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия^{<39>, <149>, <282>}.

Междисциплинарная, командная работа в каждом конкретном случае жестокого обращения призвана решить несколько задач:

- уменьшение травматического воздействия на ребенка;
- сокращение количества специалистов, задействованных в работу;
- совершенствование доказательной базы;
- налаживание механизмов передачи информации между ведомствами;
- координация усилий врачей, социальных работников, психологов и юристов^{<253>}.

Все специалисты, занятые в работе с детьми, пережившими жестокое обращение, должны обладать навыками эмпатичного взаимодействия с ребенком, знаниями по детской и клинической психологии, криминологии, праву, виктимологии, педиатрии и педагогике^{<274>, <347>}.

РАЗДЕЛ 2.

ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ. СИСТЕМЫ БОРЬБЫ С НАСИЛИЕМ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ В МИРЕ

История защиты детей от насилия и жестокого обращения

Сегодняшнее состояние проблемы насилия в отношении детей не может не тревожить: огромные цифры случаев жестокого обращения с детьми во всем мире требуют принятия эффективных мер защиты. Однако, если рассмотреть эту проблему в историческом ракурсе, то невозможно не увидеть, с одной стороны, значительного прогресса в ее решении, а с другой – глубоких исторических корней жестокого обращения с детьми. Американский исследователь происхождения жестокости к детям Ллойд Демоз писал: «История детства – это кошмар, от которого мы теперь стали пробуждаться. Чем глубже в историю – тем больше у ребенка вероятность быть убитым, брошенным, избитым, подвергнутым мучениям и жестокому обращению»^{<227>},^{<41>}. Во временной перспективе он подразделил историю детства и отношения к нему общества на 6 этапов:

1. Детоубийство (с древности до IV века нашей эры). Отец семейства имел право распоряжаться жизнью и смертью ребенка.
2. Этап «оставления» (IV – XIII вв.). Отказ от детей, как правило, не сопровождался их убийством, но судьба ребенка находилась в руках родителей, преимущественно – отца.
3. Амбивалентный этап (XIV – XVII вв.). Забота о детях становится обязанностью родителей, но они имеют право применять жестокие дисциплинирующие меры. Дети воспринимаются как маленькие взрослые, подвергаются наказаниям и эксплуатации.
4. Этап «навязывания» (XVIII век). Период, сходный с предыдущим, но усвоение ребенком взглядов и образцов поведения происходит не через физические наказания, а с помощью психологического убеждения, навязывания взглядов и образцов поведения.
5. Этап социализации (XIX – середина XX вв.). Появляется понятие «защита детей», права, защищающие законные интересы детей, институты защиты. Социализация ребенка выстраивается в соответствии с нормами и требованиями к нему общества.
6. Этап «помощи» (с середины XX века). Повышение социального и правового статуса ребенка, признание его самостоятельных взглядов и интересов, внимание к его мнению^{<41>}. Положение ребенка уравнивается с положением взрослых.

В архаичных обществах в силу дефицита средств к существованию был распространен инфантицид – убийство детей. При кочевом образе жизни членов племени оно встречалось чаще, чем при оседлом, при котором пищевая база была более надежной. Однако и это не исключало убийства детей по ритуальным причинам или тех, кто считался неполноценным. Такие действия не считались преступлением^{<101>}.

С появлением цивилизаций Древнего мира отношение к детям имело двойственный характер. С одной стороны, наличие детей в семье было ценностью, повышало статус семьи в обществе, а отсутствие детей – позором и несчастьем семьи. С другой стороны, большинство древних обществ с патриархальным укладом предоставляли отцу право распоряжаться жизнью и смертью детей^{<102>}.

Согласно Законам вавилонского царя Хаммурапи (1792–1750 г. до н.э.), защита здоровья, благополучия людей и детей обладали приоритетом перед правами собственности. Жизнь человека считалась менее ценной, если у него не было нескольких детей. Похищение ребенка или обмен детьми сурово карались: «Если человек украдет чужого сына, он будет убит и похоронен без церемоний погребения»^{<218>}. Однако в соответствии с теми же законами «непослушные дети» жестоко наказывались: «Если сын ударит отца, его рука будет отрублена». Если приемный ребенок говорил своему приемному отцу или матери: «Ты не мой отец (мать)», ему отрезали язык^{<218>}. Отец имел право отдать детей в долговую кабалу, дочь – в жрицы или блудницы, лишить сына наследства. В Вавилоне рождение уродливых детей расценивалось как знак грядущего несчастья, поэтому после специального ритуала их бросали в реку Евфрат, что должно было предотвратить беду. Индийцы, не желая брать на себя лишнего бремени, также бросали сирот в реку Ганг.

В Древнем Китае действовала практика продажи отцом детей, а также избирательного детоубийства по признаку пола и выбрасывания слабых детей на произвол судьбы. В Карфагене и некоторых семитских племенах совершались детские жертвоприношения. Тем не менее, из подобных традиций и правовых норм в некоторых обществах существовали исключения. Так, в древнем Израиле, по крайней мере, с VI века до нашей эры, жертвоприношений детей не было, и Ветхий Завет осуждал их так же, как и выбрасывание детей, которые рассматривались как образ Бога. В Древнем Египте детство считалось священным, а детоубийство было запрещено и не совершалось ни в каких социальных слоях. В исторических источниках не встречается сведений и о выбрасывании детей, напротив, в эллинистический и римский период египтяне подбирали и растили в своих семьях новорожденных, которых оставляли представители других народов^{<102>}. Оставаться бездетным и не усыновлять ребенка считалось эгоизмом^{<42>}.

В античный период в Древней Греции и Древнем Риме рождению детей, особенно мальчиков-наследников, также придавалось большое значение, оно было главной целью брака. Однако, детей слабых, с физическими недостатками было принято убивать или выбрасывать. В Древней Греции ребенок не считался членом семьи по факту рождения, такой статус он мог получить только после прохождения определенных ритуалов, один из которых сопровождался наречением имени и праздником и проводился на пятый – седьмой день после рождения. В течение предшествовавшего короткого периода следовало принять решение о том, останется ли ребенок жить. После принятия в семью убийство детей запрещалось^{<102>}. Причинами убийства детей помимо физического уродства могли быть нежелательность пола, плохие предзнаменования, совпавшие с рождением ребенка, большое число уже имеющихся детей. Однако нередко в семью принимались и дети с увечьями и другими физическими недостатками. Выброшенный ребенок мог быть найден и воспитан другими людьми как свободный человек или раб^{<102>}.

В Древнем Риме ребенок после рождения попадал под юридическую власть отца («*patria potestas*»), который решал, принять его в семью или оставить на произвол судьбы. Дети в буквальном смысле принадлежали отцу, который по закону мог продать их в рабство, заставлять работать на себя в целях, наказывать и даже выносить смертный приговор.

Преступления, совершенные внутри семьи, обычно решались частным образом. Ценность жизни несовершеннолетнего определялась субъективным отношением к нему отца. Убийство ребенка отцом было полностью запрещено лишь в IV веке императором Константином^{<102>}. Выбрасывание детей считалось более мягкой мерой избавления от ребенка, хотя найденыши впоследствии, как правило, становились рабами, что было позже даже юридически закреплено, чтобы прекратить практику оставления детей на произвол судьбы. Однако в обычной жизни основой отношений между родителями и детьми было не право, а представление о взаимной добродетели, благочестивом и уважительном отношении друг к другу. Со временем (в начале I в. н.э.) происходит некоторое ослабление отцовской власти. Право на жизнь и смерть преобразуется в право применения домашних наказаний. Физические наказания детей широко применялись как дома, так и в школе, причем они рассматривались не только как дисциплинарная мера, но и как подготовка к трудностям жизни.

В Византии дети выделялись в отдельную категорию жителей империи, и отношение к ним определялось религиозными воззрениями христианства. Отец не имел такой власти над жизнью и смертью своих детей, как это было в Древнем Риме. Детоубийство и продажа детей в рабство были запрещены. Родители были обязаны кормить, одевать детей, предоставлять им жилище до совершеннолетия и позже (полная

правоспособность наступала в возрасте 25 лет). Основной же их обязанностью было воспитание детей хорошими христианами, способными защитить веру, что предъявляло высокие требования к их нравственному поведению. В целях воспитания родителям разрешалось использовать физическую силу^{<102>}. Выбрасывание детей, как и их убийство, осуждалось, а в 541 году император Юстиниан законодательно уравнил его с преступлением. Еще одним законом все найденные были объявлены свободнорожденными независимо от их происхождения. Начали создаваться детские дома и приюты для сирот при церквях и монастырях.

В Средние века сохранялся патриархальный характер семьи. Средневековое право Германии (Салическая правда, V-VI века нашей эры) закрепляло власть отца в семье, но она была не столь широка, как, например, в Риме, напоминая скорее строгую пожизненную опеку над дочерью или сыном, которая прекращалась по достижении ими 14 лет. Аналогичные традиции и законы действовали в других европейских странах, например, в Англии и Франции^{<66>}. Например, «Швабское зеркало» говорит, что отец при необходимости может продать своих детей, но не в публичные дома и не для убийства^{<119>}. В период позднего средневековья отец получил право просить у королевской администрации заключения в тюрьму непокорных детей^{<66>}. Продолжал встречаться инфантицид, но более распространенной практикой, тем не менее, было оставление нежеланных детей. При этом передача их в приют или монастырь была более гуманным вариантом, хотя и лишавшим родителей анонимности, в связи с чем в монастырях были сделаны специальные приспособления, в которых можно было оставить ребенка, не привлекая к себе внимания. В других случаях родители могли просто отвести ребенка в поле или лес и оставить его там без помощи, что находило отражение в фольклоре и сказках (примером может быть сюжет сказки Шарля Перро «Мальчик-с-пальчик»). Чаще родители избавлялись от детей в бедных семьях, прежде всего, от девочек. По данным Дж. Босуэлла^{<210>}, позже, в XVIII веке, в Тулузе в приютах оставались 15 % детей, рожденных в зажиточных семьях, и 45 % – в бедных; 30 % новорожденных покидалось родителями в Париже и 25 % – в Милане. Дети рассматривались как маленькие взрослые, с раннего возраста привлекались к физическому труду, подвергались физическим наказаниям, что одобрялось с религиозной точки зрения. Законы, защищавшие детей от насилия, иногда принимались, но обычно в качестве реакции на распространенные случаи насилия и их тяжелые последствия, хотя правовые меры часто были направлены только на какие-либо конкретные формы жестокого обращения или насилия. Например, в первой половине тринадцатого столетия король Эдуард I Английский ввел Винчестерский статут, согласно которому женщинам запрещалось спать в одной постели со своими маленькими детьми. Нарушившие этот закон подвер-

гались большому штрафу. Этот закон был принят как ответная мера на большое число детей, задохнувшихся от того, что мать во сне придавила их своим телом^{<218>}. Каролина, средневековое право Германии (1525 г.), предусматривало для матери, убившей своего ребенка, смертную казнь.

В эпоху Возрождения в Европе развиваются более зрелые формы функционирования семьи. Родители лишаются права распоряжаться жизнью и смертью своих детей. Начинает уделяться внимание личности и индивидуальности ребенка.

На Руси люди традиционно жили большими семьями, и дети были в семье желанными. В то же время положение детей в дохристианский период ограничивалось рамками семьи и определялось полным подчинением воле родителей, ребенок не обладал никакими правами. Мать имела право лишить жизни новорожденную дочь, если семья была слишком большой, но не сына. Родители имели право отдавать детей в рабство, кабальное холопство. Следует отметить, что само слово «ребенок» этимологически связано со словом «раб».

С принятием христианства положение ребенка в семье меняется: церковь берет его жизнь под защиту, право родителей лишать жизни своих новорожденных детей отменяется. Однако это привело к тому, что детей стали подкидывать, возникла традиция оставлять ребенка у церкви. В голодные годы родители нередко продавали своих детей или отдавали их даром. С введением христианства появилось разделение детей на законных и незаконнорожденных, последние были существенно ограничены в личных и имущественных правах. Незаконнорожденных детей матери часто убивали, наказание за это назначалось церковью и было относительно мягким^{<103>}.

Важными документами, принятыми в XVI веке, стали «Домострой» и «Стоглав», содержавшие положения, регулирующие семейные отношения. В них была зафиксирована необходимость полного подчинения и покорности детей родителям, поддерживаемых внушением и телесными наказаниями. Строгое наказание родителями прямо предписывалось для спасения души ребенка. В то же время в «Домострое» указывалось на недопустимость «небрежения» родителей к детям.

Статус ребенка закреплялся и в первом законе Московского государства – Соборном уложении 1649 года. Несовершеннолетним и, следовательно, находящимся во власти отца, считался молодой человек до 20-летнего возраста. Детям было запрещено жаловаться на родителей, за убийство ребенка родителю назначалось тюремное заключение сроком на один год (примечательно, что имелся в виду законный ребенок, а за убийство матерью незаконнорожденного ребенка была предусмотрена смертная казнь как профилактическая мера против «распущенности»). Дети же, виновные в убийстве родителей, подлежали смертной казни^{<103>}.

В начале XVIII века реформы Петра I заложили социально-правовые основы помощи и поддержки института детства, распространив обязанности государства на сферу заботы о детях. Особое внимание уделялось опеке как социальному институту, выполняющему эту функцию. Под правовую защиту были взяты наиболее уязвимые категории детей – сироты и незаконнорожденные. Для них было предусмотрено создание приютов и госпиталей при церквях и монастырях^{<103>}.

В семье положение детей оставалось бесправным, родители имели право отдавать своих непослушных детей, «или ни к чему доброму не склонных», в смиренные дома.

В период царствования Елизаветы Петровны в 1742 году Сенат издал Указ, согласно которому лица до 17 лет признавались малолетними и не могли подвергаться тем же наказаниям, что и взрослые преступники. В 1775 году были открыты совестные суды, к ведомству которых было отнесено рассмотрение преступлений, совершенных малолетними^{<191>}.

Во второй половине XVIII века Екатерина II способствовала развитию опеки и попечительства, заботилась об устройстве осиротевших детей. В согласии с идеями Ж.-Ж. Руссо о том, что общественная среда более благотворна для воспитания детей, чем семейная, были открыты Воспитательные дома в Москве (1764) и Петербурге (1770), в том числе для незаконнорожденных детей и подкидышей. Вслед за этим были открыты 25 частных воспитательных домов в других городах, однако из-за высокой смертности детей многие из них были закрыты. Организовывались приюты для глухонемых, слепых детей, детей-инвалидов, где они получали профессиональное образование. С середины XVIII века начали действовать учебно-воспитательные учреждения (кадетские корпуса, институты благородных девиц, пансионы при гимназиях)^{<104>}. Благотворительная деятельность и развитие системы общественного призрения продолжались в России в течение XIX и в первые годы XX века.

В Западной Европе в Новое время улучшающиеся экономические условия дали возможность развитию светского образования для молодого поколения, новых педагогических систем, гуманистических идей и форм воспитания. Все это вело к уменьшению проявлений жестокого обращения с детьми.

Вместе с тем, даже в Кодексе Наполеона (1804) содержатся положения о том, что ребенок находится под властью родителей до того, как станет совершеннолетним, а во власти отца, например, при неповиновении ребенка, поместить его в тюрьму на срок до одного месяца или просить об этом государственные органы власти^{<66>}. Аналогичным образом в России согласно Уложению о наказаниях уголовных и исправительных (1845) дети в случае неповиновения родителям по их требованию могли быть заключены в тюрьму на срок от 3 до 4 месяцев.

В XVIII–XIX веках в Европе бедных детей отдавали в работные дома. В романах Чарльза Диккенса описываются ужасные условия, в которых им приходилось работать. Дети должны были работать наравне со взрослыми: 5–6-летние дети трудились нередко по 14–16 часов в день. Между тем в России Положением 1845 года фабрикантам было запрещено назначать в ночные работы (от 12 часов ночи до 6 часов утра) детей младше 12-ти лет, а Законом 1882 года – использовать труд детей в возрасте до 12 лет на фабриках, заводах и мануфактурах. Для малолетних от 12 до 15 лет были установлены специальные правила по охране труда.

В то же время практически повсеместно, в семье и учебных заведениях по отношению к детям применялись физические наказания.

В 1874 году в центре внимания американской общественности оказался случай Мэри Эллен, ребенка в нью-йоркской семье, с которой жестоко обращалась ее приемная мать: она была ее, привязывала к кровати и лишала еды. Несмотря на неоднократные обращения свидетелей, полиция Нью-Йорка не вмешивалась, так как правовые нормы того времени этого не предусматривали. В то же время существовал закон о защите домашних животных. Защитить Мэри Эллен от насилия оказалось возможным после того, как было признано, что детям следует обеспечить тот же уровень защиты, что и домашним животным. Генри Берг, влиятельный основатель Американского общества предупреждения жестокости к животным, в 1875 году создал Нью-Йоркское общество предупреждения жестокости в отношении детей – первую в мире организацию, целиком посвященную защите детей. Вскоре Национальное общество предупреждения жестокости в отношении детей было организовано в Великобритании, причем его роль в обнаружении и пресечении насилия в отношении детей была такой же важной, как и роль правительства и муниципальных органов^{<218>}. К концу XIX века аналогичные организации появились во многих других странах, включая Россию.

В 1882 г. в Петербурге было создано «Общество попечения о бедных и больных детях», получившее неофициальное название «Синий Крест» по своей эмблеме. Цель Общества состояла в помощи не только бедным и больным детям, но и детям, являвшимся «жертвами злоупотреблений со стороны других лиц», а также в заботе о детях, «впавших в преступления». Для детей организовывались ясли, убежища, приюты, открывались столовые. В 1892 г. был создан Отдел по защите детей от жестокого с ними обращения. Члены Отдела брали на себя обязанности ограждать детей от жестокого обращения, от эксплуатации и вредного влияния на них взрослых. В оживлённых местах города были поставлены ящики, куда опускали заявления о случаях, требующих вмешательства Отдела. С 1882 по 1899 гг. было открыто 32 убежища разного рода и удовлетворено 31.910 прошений о помощи^{<60>}.

Физические наказания детей в общественной сфере в России были официально запрещены после революции 1917 года. В 1918 году были созданы «комиссии для несовершеннолетних» (преобразованные впоследствии в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав), целью которых была защита интересов ребенка, а решения комиссий должны были носить профилактический и предупредительный характер. Тюремное заключение для несовершеннолетних до 17 лет отменялось.

В первой половине XX века защита детей от насилия и жестокости была связана, прежде всего, с военными действиями этого периода – Первой и Второй мировыми войнами, гражданскими войнами в России и Испании и другими военными конфликтами. Множество детей пострадали непосредственно от военных действий, еще большее число потеряли родителей и место жительства. Предоставление детям и подросткам помощи и защиты потребовало значительных усилий и средств со стороны медицинских, социальных, образовательных учреждений разных стран. Важным организационным шагом в мировом масштабе было создание в 1946 году Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) для оказания помощи пострадавшим детям. В настоящее время его деятельность продолжается в 157 странах, нуждающихся в поддержке программ по защите детей и их семей, находящихся в трудных жизненных ситуациях.

Проблема насилия в отношении детей привлекла к себе особое внимание общественности во второй половине XX века благодаря работе врача Генри Кемпе и его коллег, которые в 1961 году представили результаты своего исследования неслучайных телесных повреждений у детей в результате насилия и ввели для обозначения таких повреждений термин «синдром избитого ребенка»^{<268>}. По инициативе Г. Кемпе в 1975 году было организовано международное общество специалистов различных профессий, занимающихся профилактикой насилия и жестокого обращения в отношении детей и оказанием помощи пострадавшим детям, – ISPCAN. Несколько позже, в 1989 г., ООН была принята Конвенция о правах детей, послужившая правовой основой для обеспечения прав и безопасности детей в разных странах мира.

Накапливается международный опыт организации систем государственной и общественной защиты детей от насилия, в создании которых участвует и Россия. В следующих разделах представлены примеры таких систем в некоторых европейских странах.

Профилактика насилия в отношении детей в ФРГ

Уровень преступности в отношении детей в Федеративной Республике Германии в международном масштабе невысок, однако проблема жестокого обращения с детьми остается для страны актуальной. Согласно статистическим данным криминальной полиции ФРГ, в 2020 году в Германии отмечен рост числа несовершеннолетних,

пострадавших от жестокого обращения (Misshandlung), на 10 % по сравнению с предыдущим годом, что составило 4918 случаев. Погибли от насилия 152 ребенка до 14 лет, из них 115 – младше 6 лет. Тревогу руководителей полицейского ведомства и общественности вызывает пятикратный рост детской порнографии в сети Интернет в последние три года – 7643 случая по сравнению с 1373 в 2018 году. Предполагается, что латентная преступность по этому виду преступлений^{<348>} также высока. В целом, в 2020 году полицией было зафиксировано 14594 случая сексуального злоупотребления (sexueller Missbrauch), что почти на 7 % больше, чем годом ранее^{<321>}.

В соответствии с результатами опросов детей и подростков, от 5 до 10 % родителей в Германии относительно часто используют побои в качестве формы физического наказания детей. Пренебрежение потребностями детей проявляют также от 5 до 10 % семей^{<272>}. Этот вид жестокого обращения встречается чаще всего в течение первых лет жизни детей со стороны матерей по отношению к нежеланному, нелюбимому или несоответствующему ожиданиям ребенку. Эмоциональное жестокое обращение в виде постоянного и длительного унижения, оскорбления наблюдается реже, в 3–5 % семей. Мальчики и девочки подвергаются жестокому обращению примерно в равной степени. Насильственные действия по отношению к детям совершают как мужчины, так и женщины, принадлежащие ко всем социальным слоям. Среди 3861 подозреваемых в жестоком обращении с детьми в 2020 году женщины составили 44,8 %^{<321>}. Однако часто подобные поступки – результат неспособности родителей справиться с ситуацией и соответствовать предъявляемым к ним требованиям. В таких случаях им нужна помощь профессионалов – педагогов, сотрудников социальных служб.

В 2012 году в ФРГ принят Федеральный закон о защите детей, цель которого – защищать благополучие детей и подростков и стимулировать их физическое, духовное и душевное развитие. Его основа – кооперация различных органов и предоставление информации для организации защиты. Главным исполнительным органом является Федеральное министерство по делам семьи, пожилых людей, женщин и молодежи.

Оказание помощи детям и семьям в Германии организовано по сетевому принципу. Сетевая система включает в себя общественные и частные организации помощи молодежи, социальные службы, службы здравоохранения, школы, органы полиции и правопорядка, агентства по трудоустройству, больницы, социально-педиатрические службы, консультации по социальным проблемам, семейные суды. В федеральных землях может приниматься собственное законодательство, но, в принципе, работа на местах организуется службами помощи молодежи с привлечением при необходимости всей сети организаций и служб.

Организация помощи ребенку имеет несколько стадий и начинается с восприятия угрозы: принятия сообщения об опасности, оценки ее потенциала, проверки и фильтрации информации. На этой стадии любой работающий с ребенком специалист или просто гражданин может анонимно позвонить в службу по делам молодежи и проконсультироваться о необходимости сообщать о признаках неблагополучия у ребенка и принимать иные меры. Существуют и иные способы получить рекомендации о необходимых шагах, в том числе в сети Интернет¹. Следующий этап – предупреждение, передача сообщений в организации, которые должны принимать меры. Решающий этап – действия, своевременное реагирование силами конкретной организации или совместно с сотрудниками с ней партнерами.

Одной из ключевых служб, обеспечивающих благополучие детей в Германии, является Управление по делам молодежи (Jugendamt). Служба является местной организацией при соответствующем муниципалитете города или округа и не имеет иерархической структуры, т.е. подчинения вышестоящим организациям на земельном или федеральном уровнях.

При получении информации об угрозе насилия в отношении ребенка Управление по делам молодежи оценивает ситуацию несовершеннолетнего. По возможности помощь обсуждается и согласуется с родителями, но, если родители к этому не готовы или уровень угрозы высок, возможно применение права на опеку над ребенком. В этом случае в процедуру включается Семейный суд. В неотложных случаях Управление по делам молодежи может принять срочные меры по изъятию ребенка из зоны опасности. При выборе мер вмешательства действует принцип соразмерности с преимущественным применением добровольных или наименее интенсивных мер. Если же решение принимается в пользу помещения ребенка под опеку посторонних лиц, то оно должно быть хорошо обосновано. В этом смысле нет оснований для беспокойства, что ребенка поспешно изымут из семьи.

Действия Управления по делам молодежи в критических случаях ничего не меняют в принципиальном положении о том, что защита ребенка является, в первую очередь, делом родителей в рамках их ответственности за ребенка, определяемой их правами и обязанностями. Это пространство, однако, обладает определенными границами, а свободное от насилия воспитание ребенка подчиняется установленным нормам. В соответствии с ними телесные наказания, эмоциональное травмирование и меры, унижающие достоинство, недопустимы. Государство имеет право и в некоторых случаях должно вторгаться в сферу родительских обязанностей только тогда, когда родители не готовы или не в состо-

¹ Например, по адресу www.lilith-beratungsstelle.de

янии предотвратить опасность. Этот принцип действует независимо от того, являются ли родители сами источниками этой опасности. Помощь родителям (и ребенку) имеет преимущество перед другими вмешательствами, если она достаточна для предотвращения опасности.

Существуют различные варианты помощи, которую могут получить родители и дети в целях профилактики домашнего насилия. Такая помощь может быть амбулаторной или стационарной. В амбулаторном режиме оказывается консультативная помощь в воспитании ребенка, а также социально-педагогическая семейная помощь в ситуациях проблем и конфликтов в семье с целью повысить воспитательный ресурс семьи и способствовать ее нормальному функционированию. Если семья нуждается в поддержке из-за болезни родителей, ей может быть оказана помощь в ведении хозяйства. В случае крайнего семейного неблагополучия, когда позитивное воспитание в семье невозможно, ребенку предлагается стационарная помощь – новые места для жизни. Ребенок принимается под опеку в замещающую семью для краткосрочного или долгосрочного пребывания. Одновременно ведется работа с родителями, чтобы создать условия для возвращения ребенка в родную семью.

Помимо Управления по делам молодежи в профилактике насилия в отношении ребенка могут принимать участие и другие организации, в том числе кризисные центры; консультации по воспитанию, браку, семейной жизни; школьные консультации; медицинские учреждения (в том числе детские больницы, детские и подростковые психиатрические учреждения); полиция и органы юстиции^{<272>}.

В том случае, если насилие в отношении ребенка имеет криминальный характер, включаются правоохранительные органы и органы юстиции. В 2020 году уголовные дела были заведены в 96,6 % случаев насилия в отношении детей^{<270>}. То, как действуют полиция, суды и иные ведомства и организации, можно рассмотреть на примере такого вида жестокого обращения, как сексуальное насилие и злоупотребление.

Сексуальное насилие имеет разнообразные формы, чаще всего происходит в ближайшем социальном окружении ребенка и не является чем-то исключительным. Исследования показывают, что каждая четвертая или пятая девочка и каждый девятый или двенадцатый мальчик в ФРГ до достижения 18-летнего возраста подвергался сексуальному насилию^{<293>}.

В соответствии с законодательством, взрослый или несовершеннолетний старше 14 лет уголовно наказуем, если он совершает сексуальные действия по отношению к ребенку (до 14 лет) или позволяет совершать ребенку такие действия с собой. Сексуальные действия могут происходить с телесным контактом или без такового. К ним относятся, прежде всего, прикосновения к интимным областям и оральное, вагинальное и анальное изнасилование. Кроме того, показ или совместный просмотр

порнографических картин либо обнажение половых органов также считаются сексуальным злоупотреблением. Сексуальные действия в отношении ребенка или совместно с ребенком всегда наказуемы, даже если ребенок кажется согласным с ними. В силу своего недостаточного эмоционального и интеллектуального развития ребенок не может осознанно соглашаться на сексуальные действия и таким образом не ответственен за них, когда становится жертвой сексуального злоупотребления. Злоупотребление облегчается неравенством силы или доверием между жертвой и правонарушителем, который удовлетворяет собственные потребности. Что касается порнографии, то уголовному наказанию подлежит даже скачивание изображений с детской порнографией.

Чем ближе отношения между правонарушителем и жертвой, тем интенсивнее и продолжительнее злоупотребление, тем с большим психическим насилием оно связано. Согласно полицейской статистике, больше половины жертв знакомы с правонарушителями и находятся с ними в социальных отношениях. Тесная социальная и пространственная связь потерпевшего с насильником ведет к тому, что злоупотребление совершается обычно в течение длительного времени. Посторонние правонарушители появляются в подобных ситуациях редко.

Сексуальное злоупотребление, как правило, – динамический процесс, в котором правонарушитель гибко приспосабливается к обстоятельствам и планирует свои действия на долговременную перспективу, обеспечивая себе безопасность и отсутствие подозрений даже внутри семьи. Если преступление совершается соседями, тренерами, знакомыми, то они обычно пользуются доверием и уважением в ближайшем окружении ребенка.

Злоумышленники стараются действовать исподволь и начинать с кажущихся невинными прикосновений, а также показа порнографических изображений. Они часто используют потребность детей в привязанности и добром отношении, нередко удовлетворяя и материальные потребности детей, что положительно воспринимается окружающими. Ими искусственно создаются для детей «безвыходные ситуации», когда детям больше не к кому обратиться, стараются выступать в роли авторитета в детской группе и т.п. Молчание ребенка может обеспечиваться психологическим давлением и угрозами, которые касаются не только самого ребенка, но и членов его семьи, а также обвинениями ребенка в произошедшем.

Тесные отношения жертвы и преступника делают такие случаи особенно сложными для работы полиции. Пострадавший ребенок находится в двойственной ситуации: он чувствует зависимость от злоумышленника, нередко любит его, но и боится продолжения злоупотреблений. Он хочет их прекращения, но очень боится разрушения семьи. Именно при злоупотреблениях внутри семьи дело осложняется тем, что другой

родитель либо не хочет видеть злоупотребления, либо принимает сторону злоупотребляющего партнера. Другими факторами, осложняющими расследование преступления, являются материальная зависимость жертвы или второго родителя от правонарушителя, страх перед общественной стигматизацией или дополнительными неприятностями для ребенка, связанными с судебным процессом.

Сексуальные злоупотребления по отношению к детям совершаются преимущественно мужчинами, но также и женщинами, встречаются во всех возрастных, общественных группах, с любым уровнем образования. Внутри семьи (в 2020 году – 26 % случаев^{<322>}) их могут совершать отцы, отчимы, матери, бабушки и дедушки, часто также братья и сестры. Преступниками из близкого социального окружения мальчиков и девочек бывают соседи, друзья семьи, учителя, воспитатели, спортивные тренеры. Лишь каждая третья жертва не знакома с преступником, среди которых в таких случаях чаще всего встречаются эксгибиционисты.

В противоположность широко распространенному представлению, лишь немногие из преступников ограничены исключительно детьми в своей сексуальной ориентации. Примерно для двух третей правонарушителей привлекательными являются сверстники. К ним относятся и те, кто занимаются злоупотреблениями внутри семьи.

Большая часть преступников испытывает потребность не столько в сексуальном удовлетворении, сколько в ощущении власти. Они используют сексуальное насилие в отношении ребенка как средство компенсации трудностей и неудач в семье, партнерстве или профессии, чувства собственной неполноценности.

Женщины тоже совершают сексуальные преступления по отношению к девочкам и мальчикам. Их действия часто остаются нераскрытыми, полиция редко регистрирует случаи сексуального злоупотребления со стороны женщин (в 2020 году – 5,5 % от подозреваемых по данной категории дел^{<322>}). Однако они используют аналогичные структуры возможностей для своих действий.

Около пятой части зарегистрированных полицией ФРГ подозреваемых в сексуальных преступлениях находятся в возрасте от 14 до 18 лет. Сексуальное насилие может совершаться и детьми до 14 лет.

Жертвами сексуального злоупотребления становятся преимущественно девочки, но часто также и мальчики, причем в последнее время все чаще. Большинство детей ко времени злоупотребления находятся в возрастном интервале от 6 до 13 лет. Но от сексуального насилия могут страдать также младенцы и маленькие дети.

Телесные последствия сексуального злоупотребления обнаруживаются редко. Однако ими могут быть повреждения в нижней части тела, синяки и укусы в области гениталий, а также заболевания, передаваемые половым путем. Часто взрослые могут обратить внимание на

изменения в поведении пострадавших детей. Это признаки страха, физические боли, нарушения сна, сон в уличной одежде, не соответствующее возрасту сексуализированное поведение, уход в себя, неуспешность в школе или крайняя ориентированность на школьный успех, агрессивное поведение по отношению к другим или самому себе, пищевые расстройства или другие необычные поведенческие признаки. Следует, однако, подчеркнуть, что каких-либо специфических признаков или сигналов, которые указывали бы на сексуальное злоупотребление, не существует. Перечисленные выше поведенческие проявления могут иметь и другие причины. В этих случаях немецкими специалистами рекомендуется поговорить с ребенком или найти человека, которому он доверяет и мог бы сообщить о происшедшем, например, обратиться в консультационный центр, сотрудник которого поможет решить, требуется ли немедленное обращение в полицию. Если такое обращение происходит, то полиция, Управление по делам молодежи и профессиональный консультант могут помочь защитить ребенка от дальнейшего злоупотребления. Общение со злоумышленником предоставляется полиции.

Если заявление в полицию сделано, оно не может быть отозвано, расследование не может быть остановлено. Опрос ребенка при этом является необходимым процессуальным действием. Однако весь этот процесс является частью защиты жертвы, предотвращения вреда по отношению к ней. Кроме того, дети часто начинают говорить после того, как правонарушитель «удален» и не представляет опасности.

Показания ребенка, в принципе, могут быть получены в любом отделении полиции или в прокуратуре. Однако, как правило, полиция передает получение показаний своим специальным службам, специализирующимся на сексуальных деликтах. Там работают профессионалы, знающие особенности малолетних жертв и умеющие проводить их опросы. При сборе доказательств проводятся допросы потерпевшего, свидетелей и обвиняемого. При необходимости и с согласия родителей или опекунов потерпевшему проводится медицинское освидетельствование.

Свидетельские показания ребенка особенно важны, когда другие следы преступления отсутствуют. Родители и опекуны должны дать согласие на опрос ребенка. Для того, чтобы избежать повторных допросов в судебном процессе, производится видеозапись допросов малолетних. При этом, однако, потерпевшего предупреждают, что он не обязан давать показания (право на отказ от дачи показаний). Маленьких потерпевших опрашивают самые квалифицированные сотрудники, причем для младших детей решающее значение имеет как можно более быстрое получение показаний после совершения преступления.

Если под подозрением находится один из родителей, суд может привлечь к процессу дополнительного опекуна, сотрудника Управления по

делам молодежи или адвоката. Задача такого опекуна состоит в том, чтобы решить, будет ли ребенок давать показания. Дополнительный опекун не привлекается, если ребенок сам может принять решение об отказе от дачи показаний.

Полиция передает результаты расследования в прокуратуру, которая проверяет, достаточно ли оснований для передачи дела в суд. Решение о дальнейших действиях принимает судья соответствующей компетенции. Будет ли прокуратура поддерживать обвинение, решается после полицейского расследования. Если подозреваемый пытается повлиять на показания потерпевшего, это должно быть сообщено полиции или прокуратуре, что служит основанием для его ареста.

Полиция информирует родителей о правах потерпевшего и возможности так называемого «совместного иска». Ребенок может выступать в уголовном процессе в качестве «совместного истца». При этом потерпевший может быть представлен в суде за счет государства адвокатом, который сопровождает ребенка во время допросов и при необходимости подготавливает к судебному процессу. Кроме того, адвокат потерпевшего представляет в суд документы, присутствует при судебных слушаниях, опрашивает свидетелей и обвиняемого и т.п. Представитель совместного истца может уже на стадии уголовного процесса представлять ходатайства о компенсации вреда здоровью (например, стоимость терапии), а также компенсации морального вреда. Помимо этого, адвокат следит за тем, чтобы из процесса была исключена общественность. Он также может вносить ходатайства о распоряжении суда относительно дополнительной защиты ребенка от дальнейших посягательств.

Представитель совместного истца представляет в органы социального обеспечения ходатайства в соответствии с законом о компенсации потерпевшим от преступлений.

Даже в том случае, когда дети не имеют адвокатской поддержки, они получают в суде защиту. Если требуется допрос в суде, дети и подростки отвечают на вопросы исключительно судьи. На судебные слушания они могут в рамках психосоциального сопровождения приходиться с человеком, которому они доверяют.

Если благополучие ребенка под угрозой, а родители не могут или не хотят устранить опасность, в дело включается Семейный суд. Это особенно важно, если за злоупотребление отвечает один из родителей. Судебный процесс в Семейном суде может инициировать другой родитель, Управление по делам молодежи или третьи лица. Ребенок при этом может просить Управление по делам молодежи о взятии над ним опеки.

При необходимости Семейный суд ограничивает или исключает право правонарушителя на общение с пострадавшим ребенком. В каждом отдельном случае суд должен проверить и обосновать то, как

будет предотвращено дальнейшее злоупотребление. Он может принять следующие решения относительно правонарушителя:

- запретить использовать семейную квартиру и приближаться к ней;
- запретить посещать другие места, в которых регулярно бывает ребенок (например, детский сад, школу);
- запретить поддерживать связь с ребенком или встречаться с ним;
- лишить права посещения его ребенком;
- лишить родительских прав на заботу о ребенке.

В ситуациях острой опасности полиция должна вмешиваться немедленно. Даже если правонарушитель не может быть арестован, поскольку в данный момент для этого недостаточно оснований, полиция может устранить его из общей квартиры и непосредственного окружения ребенка, пока семейный суд не примет решение о защите ребенка.

Сексуальные злоупотребления могут происходить и в организациях, которые посещает ребенок, прежде всего, в школе. Для предупреждения такого рода действий предпринимаются профилактические меры, например, следующие:

- воспитатели подписывают этический кодекс или обязательства, в которых изложены правила обращения с детьми;
- поступающие на работу сотрудники должны предъявить документы из полиции об отсутствии судимости за насилие над детьми;
- принимаются рекомендации относительно шагов, предпринимаемых в случаях подозрений о злоупотреблениях со стороны сотрудников в отношении детей.

Сексуальные преступления могут совершаться не только взрослыми, но и несовершеннолетними. Хотя общественными нормами ФРГ признается, что у подростков должно быть пространство для исследования собственной сексуальности, у этого пространства существуют границы. Тем не менее, многие девочки и молодые женщины, а также мальчики и молодые мужчины приобретали сексуальный опыт недобровольно. Многие сексуальные действия несовершеннолетних отражают пробы сил, в которых речь идет о доминировании, шантаже или групповом давлении, пробах мужества или ритуалах вхождения в группировку. Нередко сексуальное насилие и злоупотребление может быть также частью групповой активности, например, в школе или на вечеринке по инициативе отдельных членов группы. Оно всегда означает нарушение доверия, прежде всего, когда происходит в кругу друзей или знакомых. Однако даже в романтических отношениях сексуальное насилие наказуемо. Незаконны и наказуемы также, например, такие действия в сети Интернет, как публикация или пересылка другим лицам обнаженных фотографий или интимных ситуаций, сделанных тайно или по согласию с изображаемым лицом, а также монтирование портретных снимков знакомых с порнографическими сценами и рассылка их в Сети.

Во всех случаях пострадавшим может быть оказана помощь. К услугам родителей и подростков имеется ряд консультаций, в которые они могут обратиться в случае сексуальных злоупотреблений или подозрений на злоупотребление. Адреса этих консультаций доступны для всех желающих.

Особое место среди таких помогающих организаций занимает «Белое кольцо» («Weisser Ring») ^{<349>} – общественная организация, с 1976 года оказывающая помощь жертвам преступлений и занимающаяся профилактической работой. «Белое кольцо» пользуется финансовой поддержкой 45 тысяч добровольных членов и объединяет 3000 волонтеров, работающих в более чем 400 пунктах по всей Германии, а также имеет распространение и в других европейских странах. «Белое кольцо» предлагает пострадавшим от преступлений психологическую поддержку и практическую помощь:

- поддержку и сопровождение после преступления;
- сопровождение в полицию, прокуратуру и суд;
- посредничество в получении помощи от других организаций;
- выдачу чеков для получения потерпевшими бесплатной помощи в виде юридической консультации или первичной консультации относительно психической травмы, а также судебно-медицинского обследования;
- оплату работы адвоката, в частности, касающейся обеспечения права на защиту в уголовном процессе и подачи документов для получения компенсации за понесенный ущерб в результате преступления;
- финансовую поддержку в кризисной ситуации, обусловленной преступлением.

«Белое кольцо» берет на себя организацию и оплату судебно-медицинского обследования потерпевших от преступлений и сбор необходимых следов преступления по направлениям полиции и прокуратуры. Эти операции необходимо провести как можно быстрее, что обеспечивается так называемыми чеками их немедленной оплаты со стороны организации «Белое кольцо». Сотрудники «Белого кольца» сопровождают потерпевшего и его близких к месту проведения обследования, а также выполняют все необходимые формальности.

Слаженная системная работа государственных и общественных организаций дает возможность детям, пострадавшим от насилия и злоупотребления, от жестокого обращения, а также их семьям получить эффективную помощь и предупредить развитие негативных последствий в будущем.

Система борьбы с насилием по отношению к детям в Скандинавских странах и Финляндии

Насилие в отношении детей – это явление мирового масштаба. По расчетным данным, учитывающим тот факт, что случаи жестокого обращения с детьми часто замалчиваются, из 204 миллионов детей (лиц, не достигших 18 лет) в Европейском регионе примерно 9,6 % подвергаются сексуальному насилию, 22,9 % – физическому насилию, а 29,1 % – эмоциональному насилию. Более того, 700 детей в регионе ежегодно становятся жертвами убийств. Приблизительно 581 миллиард долларов США ежегодно расходуется на лечение пострадавших от насилия. Однако финансовые затраты составляют незначительную долю, по сравнению с ущербами нанесёнными здоровью людей. (ВОЗ 2020).

Для того, чтобы представить системы борьбы с насилием по отношению к детям в Северных странах, необходимо понимать некоторые механизмы, связанные с системами государств всеобщего благосостояния и их управлением. На международном уровне страны Северной Европы (Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция) занимают лидирующие позиции по уровню благополучия детей. Успех социально-экономического благополучия северных стран, отмечен во многих мировых исследованиях. (Kääriälä и др., 2017). Низкий уровень бедности является одним из главных индикаторов благополучия стран. Северные страны относятся к социал-демократической системе государства всеобщего благосостояния и придерживаются одинакового идеологического подхода по вопросам решения проблемы семейного благополучия и защиты прав и интересов детей. В данных странах почеркнута роль государства в финансировании социальных расходов за счет общих налоговых доходов. Действующая система всеобщего благополучия и социального обеспечения в странах Скандинавии стала результатом длительного обсуждения морально-политической платформы в этих странах, основанной на идее равенства и вовлеченности человека в общество. Данная система строилась постепенно, и благополучие детей и их семей всегда было приоритетом при принятии политических решений. (Куокканен и др., 2021; Nietanen-Peltola и др., 2020). В Северных странах применяется принцип универсализма, который предусматривает равенство всех граждан в обеспечении благополучия и защиты детей.

Существуют различные системы защиты детей. Например, Норвегия и Финляндия относятся к группе стран, где применяются «системы семейных услуг поддержки», в первую очередь, ориентированных на оказание помощи семьям, их реабилитацию и воссоединение и отличающихся, например, от Американской системы, которая в основном направлена на защиту детей и на оценку рисков. Меры, предпринимаемые службами защиты детей в системах, ориентированных на защиту детей

и на оценку рисков, обычно вводятся на более поздней стадии неблагополучия, имеют высокую степень контроля и стандартизации действий. Однако за последние годы наблюдается постепенное сближение этих систем. Великобритания и США постепенно внедряют элементы семейной поддержки и реабилитации. (Gilberti др., 2011). Системные различия влияют, в том числе, на количество детей, получающих поддержку или помещенных вне семьи. В Норвегии и Финляндии существующая «система семейных услуг поддержки» привела к значительному росту количества детей, которые являются получателями услуг социальной поддержки. С другой стороны, в связи с этим, увеличивается возможность выявления детей, нуждающихся в поддержке, на более ранней стадии.

Важное влияние на развитие системы всеобщего благополучия и защиты детей в странах Северной Европы оказало подписание международных правовых договоров, таких как Конвенция ООН о правах ребенка. Конвенция ООН о правах ребёнка является важным соглашением, ратифицированным странами, взявшими на себя обязательство защищать права детей. Общими принципами Конвенции являются: недискриминация, наилучшие интересы ребенка, право на жизнь, выживание и развитие, уважение мнения ребенка. (ООН 2021). Право ребенка на ненасильственную и любящую среду является одним из важнейших прав в жизни детей. Этим правом должны пользоваться все дети без исключения. В Финляндии, Норвегии и Швеции принципы, закрепленные в Конвенции о правах ребенка, полностью отражены в конституциях этих стран. Это означает, что Конвенция обязательна к исполнению, как и закон, поэтому она налагает обязанности на государство, муниципалитеты, должностных лиц, родителей детей и прочих взрослых таким же образом, как и прочие законы. В данной Конвенции освещены не только права детей, но и наиболее подробно описаны вопросы защиты детей, например, в Замечании общего порядка № 13 (2011 г.) Комитет определяет формы психологического насилия в отношении детей. Вопросы семейного насилия также отрегулированы в Стамбульской конвенции Совета Европы (конвенция по борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием) и в Лансаротской конвенции Совета Европы (конвенция по защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений) (Совет Европы, 2021). Лансаротская конвенция требует от государства-участника принятия необходимых законодательных или иных мер для предотвращения всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального насилия над детьми, а также содержит подробные положения о действиях, которые должно предпринять государство-участник. В настоящее время рабочей группой, созданной Министерством здравоохранения и социальной защиты Финляндии, подготавливается План выполнения Лансаротской конвенции.

В большинстве стран Северной Европы функции государственных органов, отвечающих за защиту детей (в том числе от семейного насилия), строго регулируются отдельным законом о защите детей (Финляндия: 13.4.2007/417, Норвегия: Act of 17 July 1992 no 100). В Финляндии первый Закон о защите детей был принят в 1936 году. До принятия Закона деятельность по защите детей с юридической точки зрения основывалась главным образом на законах и постановлениях, регулирующих уход за сиротами и заботу о бедных, а также на Уголовном кодексе. Многие европейские страны приняли законы о защите детей в начале XX века. Сторонники создания отдельного закона о защите детей считали необходимым объединение всей сферы защиты детей, поскольку полагали, что это приведет к росту детского благополучия и к развитию более эффективных мер защиты. (Nytönen и др., 2016).

Цель действующего Закона о защите детей Финляндии (13.4.2007/417) заключается в обеспечении права ребенка на воспитание в безопасной среде, сбалансированное и разностороннее развитие, а также на особую защиту. Закон обязывает тех, кто работает с детьми, сообщать полиции или местным органам по защите детей о подозрениях, что ребёнок находится в неприемлемых условиях. По закону родители и иные лица, обладающие правами опеки над ребенком, несут первоочередную ответственность за благополучие ребенка. Органы власти, работающие с детьми и семьями, должны оказывать родителям и другим обладающим правами опеки лицам поддержку в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию и стремиться обеспечить семьям необходимую помощь на достаточно раннем этапе, а также при необходимости направить ребенка и семью в службу защиты детей. В Финляндии и Швеции не существует процедуры лишения родительских прав, социальная работа ведётся на воссоединение семьи, а усыновление без согласия биологических родителей почти невозможно. (Burns и др., 2016).

Одновременно с развитием законодательства зарождалось определение социальной работы как отдельной науки. Разработка базы знаний для социальной работы была направлена на интеграцию социальных наук в практику социальных услуг. Было предпринято много усилий по сближению отношений между практикой и наукой, однако предрассудки и различные противоречия затрудняли расширение сотрудничества между учеными и социальными работниками. В настоящее время социальная работа является ключевым вектором системы услуг государства всеобщего благосостояния. Целью социальной работы является более устойчивое и социально справедливое общество. Социально устойчивое развитие направлено на рост благосостояния, достижение большей социальной справедливости, повышение качества человеческого и социального капитала. Должностное лицо (социальный работник), обладающее профессиональной квали-

фикацией социального работника, предусмотренной статьей 3 Закона о квалификационных требованиях к специалистам, работающим в сфере социального обслуживания (272/2005), и назначенное органом социального обслуживания, обладает полномочиями по принятию решения по делам, которые касаются немедленного отобрания ребенка из семьи и прекращения срока действия этого решения. Для получения данных полномочий в Финляндии и Норвегии требуется степень магистра социальной работы (Университет), а в Швеции достаточно степень бакалавра. В Финляндии подготовка изъятия ребенка из семьи регулируется законодательством, которое дает социальным работникам относительно широкую свободу в рамках проведения подготовительных действий. (Egonen и др., 2020). Правовые, бюрократические, а также психосоциальные элементы работы по защите детей интегрированы в профессиональный профиль социального работника. (Egonen, 2020). Роль социального работника в системе защиты детей в Финляндии определяется термином «социальный работник, отвечающий за дела ребенка». Данный термин был введен в Финляндии сначала в узком смысле в 1990 году, а затем расширен действующим Законом о благосостоянии детей в 2007 г. (HE 252 / 2006vp). Таким образом, на законодательном уровне гарантируется предоставление каждому ребенку своего социального работника, несущего ответственность за его / ее защиту и благосостояние. Под этим также подразумевается, что социальный работник отвечает за интересы ребенка, а не за семью. Определение интересов ребенка может быть затруднено, поскольку у различных людей могут быть различные представления о том, что лучше для ребенка. Соблюдение интересов ребенка не всегда означает, что решения принимаются всегда именно так, как хотел бы сам ребенок или хотели бы его родители. Мнение ребенка важно, когда взвешиваются доводы, определяющие интересы ребенка, но мнение ребенка и интересы ребенка не всегда совпадают. Сотрудник службы защиты детей оценивает интересы ребенка в соответствии с законом, поэтому иногда сотрудникам службы приходится принимать решения, с которыми родители или ребенок не согласны. (Lastensuojelu.info). Однако в Северных странах большинство решений, в том числе о помещении ребенка вне семьи, принимаются с согласия всех сторон (Gibert, 1997).

Применение всех видов насилия запрещено в странах Северной Европы. Жестокое обращение с детьми и насилие по отношению к ним может проявляться в различных формах. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международным обществом по профилактике насилия над детьми и пренебрежения их нуждами (ISPCAN), были разработаны определения форм насилия. Жестокое обращение с детьми делится на структурное насилие, физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональное или психологическое насилие и пренебрежение

к ним (Klorpen и др. 2014; Gilbert и др. 2009). Структурное насилие может проявляться в активной или пассивной форме. Активное структурное насилие проявляется в различных иерархиях, например, в случаях, когда у отдельного человека или группы людей есть право на подчинение других, вне зависимости от их воли или потребностей. Активное структурное насилие постоянно происходит в различных межличностных отношениях, в школах, в семьях, на рабочем месте и в других социальных группах. Пассивное структурное насилие относится к практикам, нормам и законам, влияющим на общество, но в которых не учитываются права или возможности ребенка. (Lastensuojelunkäsikirja, THL.). Физическое насилие – это умышленные действия, которые причиняют или могут причинить ребенку травму, боль или другие телесные повреждения. Сексуальное насилие – это нарушение половой неприкосновенности ребенка. Сексуальное насилие является проявлением власти, которое дает преступнику возможность подчинить и унижить свою жертву. Под психологическим/эмоциональным насилием подразумеваются действия, оказывающие разрушительное влияние на эмоциональное развитие ребенка: например, унижение, крик, подчинение, насмешки, запугивание, дискриминация, отторжение, пренебрежение детьми и создание небезопасной среды для роста. Психическое насилие препятствует развитию здоровой самооценки ребенка и осознанию своих прав. (Krug и др., 2005, p.79; Taskinen, 1992; Hurtig, 2013, p.151; Lastensuojelunkäsikirja THL.) Пренебрежением базовыми потребностями может быть невнимательность к здоровью, росту, развитию, образованию или безопасности окружающей среды. Бедность или проживание в бедных условиях не считается пренебрежением. Речь идет о ситуации, когда родитель игнорирует основные потребности ребенка, имея все нужное для удовлетворения его нужд. (Krug и др., 2005). Психологическое насилие в отношении ребенка приравнивается по уровню ответственности к физическому насилию. В Финляндии наказание насильственных действий определяется в Уголовном кодексе. (Huvärinen, 2017/2). В начале 1990-х годов запрет на дисциплинарное насилие, установленный в 1984 году, стал также более последовательно применяться в прецедентном праве. В 1992 году Верховный суд постановил, что раздел Уголовного кодекса о насильственных действиях также в полной мере применяется к дисциплинарному насилию в отношении детей. (ККО: 1993:151). Меньше внимания уделялось тому факту, что одновременно с законодательством формировалось общественное мнение о методах воспитания детей. Понимание, безопасность и привязанность являются опорными функциями позитивного воспитания ребенка, (Huvärinen, 2017/2), а трудное поведение – не основание для физического или психического наказания ребёнка. Метод позитивного воспитания является общим термином для обозначения различных подходов к воспитанию детей без применения насилия. (Халдорссон, 2018).

Действия, связанные с вопросами насилия в отношении детей и услуги оказанные для предотвращения насилия, подразделяются на три категории: услуги защиты, терапевтические услуги и следственные услуги (Ellonen, Pösö, 2014). Услуги защиты относятся к действиям, направленным на защиту ребенка от насилия. Данные действия могут быть воспитательного характера, направленные на предупреждение насилия или немедленного реагирования, например, помещение ребенка вне семьи. Терапевтические услуги оказываются жертвам насилия, включая реабилитацию и поддержку, а у виновников насилия стимулируется понимание ущерба, нанесенного ребенку. В рамках следственных услуг проводятся расследования происшедшего насилия. Важно отметить, что выявление возможного насилия не всегда гарантируется вышеупомянутыми услугами. Опрос лиц, работающих с вопросами насилия, показал, что в большинстве случаев рассмотрение и принятие соответствующих мер происходят только в случае наличия убедительных доказательств (Ellonen, 2015). Жесткое обращение с детьми – чувствительная и сложная тема, как в практической, так и исследовательской работе, которая относится одновременно к сферам защиты детей и здравоохранения. Даже если сотрудники здравоохранения прошли надлежащую подготовку, деликатность данной темы, работа в постоянной спешке и отсутствие единых инструкций затрудняют распознавание данного явления. Вопросы конфиденциальности семейных отношений, страх перед неправильным толкованием и возникновение конфликтов доверия также могут затруднить вмешательство (Lajunen, 2015).

Мониторинги исследования

Регулярный сбор данных о благополучии детей и семей, а также о жестоком обращении с детьми имеет решающее значение для понимания последствий жестокого обращения для здоровья населения. В 2013 году правительство Финляндии приняло решение о том, что подготовка, принятие решений и реализация социальной политики должны основываться на изученных знаниях/научных исследованиях. Расширение использования информации, основанной на результатах исследований, прогнозах, оценке и мониторинге, укрепляет базу знаний о процессе принятия решений и, таким образом, повышает качество и эффективность самого процесса принятия решений.

Для этой цели была создана координируемая канцелярией премьер-министра правительственная объединенная комиссия научных исследований (VN TEAS), которая предоставляет информацию для принятия решений на государственном уровне. Комиссия является межведомственным органом и форумом для обмена информацией между министерствами страны. Информация, основанная на систематических исследованиях, предоставляется институтом здравоохранения и социальной

защиты (ТНЛ), исследовательским обществом по вопросам молодёжи, другими научными структурами и анализируется комиссиями. Каждый год правительство утверждает план исследований в поддержку принятия решений, который направляет исследования и исследовательскую деятельность в приоритетные области, выбранные правительством. План готовится рабочей группой, состоящей при комиссии по координации государственных исследований, в состав которой входят эксперты из всех ветвей власти и научной элиты.

Однако, для получения более точного представления о сложившейся ситуации, наряду с государственными отчётами, рекомендуется проводить популяционные эпидемиологические обследования среди детей и взрослых (Butchartetal., 2006; Sethietal., 2013). Различные этические убеждения часто ограничивают возможность проведения перспективных исследований распространения насилия (Kendall-Tackett,Becker-Blease, 2004). Более того, существует вероятность, что исследования, основанные только на официальных отчетах, занижают уровень распространения насилия, поскольку о подавляющем большинстве случаев жестокого обращения с детьми информация в профессиональную систему не попадает (Chartieretal., 2010; Euseretal., 2010).

В Финляндии, начиная с 1981 года, систематически проводятся различные исследования и опросы населения страны по вопросам распространения насилия. Ещё в 1981 году почти половина финнов считала допустимым применение дисциплинарного насилия. В 2017 году большинство финнов (81 %) считало, что применение любых форм телесного наказания ребенка в воспитательных мерах не приемлемо, даже в исключительных случаях. Количество детей, умерших в последствии несчастного случая или насилия, также значительно снизилось. Еще в 1971 году 317 детей стали жертвами несчастного случая или насилия со смертельным исходом. В 2010 году таких смертей было 36. Произошедшее изменение было настолько велико, что мы можем справедливо говорить об историческом повороте, в ходе которого вся традиция воспитания детей стала значительно менее насильственной. (Hувäriinen, 2017/2). Интересно, что отношение к применению дисциплинарного насилия у мужчин снизилось намного больше, чем у женщин. Последний опрос школьников (школьное анкетирование) показал, что не более 10 % учащихся 8 и 9 классов подвергались физическому насилию со стороны родителей или опекунов в течение жизни. Помимо собственного опыта насилия, важную роль в формировании чувства безопасности у детей и подростков играют семейные отношения. Примерно каждый десятый ребенок или подросток был свидетелем физического насилия между другими членами семьи. От 5 % до 7 % молодых людей, сообщили, что чрезмерное употребление алкоголя их родителями причинило им вред. (ТНЛ, 2019).

С момента введения запрета на жестокое обращение с детьми в 1979 году, распространение телесных наказаний и других видов жестокого обращения с детьми постоянно изучается на национальном уровне в Швеции. Еще 40–50 лет назад телесные наказания считались нормой и частью культурного наследия нации. На данный момент 95 % молодых родителей категорически против применения насилия. Самый последний общенациональный опрос студентов, проведенный в 2016 году, показал, что большинство детей в Швеции никогда не подвергались насилию со стороны взрослых. В данном опросе участвовало 4741 студента, которые отвечали на вопрос о подверженности различным формам насилия на протяжении всей своей жизни. (Regeringskansliet, 22.4.2021).

Прекращение насилия в отношении детей является приоритетом для норвежского правительства. Каждые 2–3 года Норвежский центр по исследованию насилия и посттравматического стресса проводит национальный опрос молодежи с целью создания репрезентативной базы знаний о жестоким обращении с детьми в Норвегии с возможным расширением ее на другие страны Северной Европы. (Hafstad и др., 2020). По данным национального опроса, проведенного в 2015 году, 21 процент норвежской молодежи сообщили, что в детстве подвергались физическому насилию со стороны, по крайней мере, одного из родителей. Шесть процентов сообщили о подверженности жестоким формам обращения со стороны как минимум одного из родителей (Norgesregering).

Многочисленные исследования показывают, что применение всех форм физического наказания значительно сократилось в Северных странах с момента принятия ими законодательства, запрещающего все формы насилия. В частности, результаты указывают на снижение распространенности сексуального насилия со стороны родственников и физического насилия со стороны родителей за последние 20 лет. Однако, в рамках исследования не было выявлено соответствующих изменений в распространенности ситуаций, когда дети становятся свидетелями насилия в семье. (Klørren и др., 2014).

На этиологию жестокого обращения с детьми влияют различные факторы, например; культурные ценности, история и экономические обстоятельства общества. Страны Северной Европы, по сравнению с другими странами, отличаются относительно низким уровнем бедности, равенством доходов, более высоким общим уровнем образования и более всеобъемлющей системой социального обеспечения (Программа развития Организации Объединенных Наций, 2011). Эти контекстуальные факторы могут, по крайней мере, частично, объяснить, почему уровни смертности из-за жестокого обращения с детьми в странах Северной Европы ниже, чем в США и Великобритании. (Klørren и др., 2014; ЮНИСЕФ 2003).

Государственная система защиты детей не всегда справляется со своей главной функцией – защитой детей. Проведенные исследования прошлого показали, что во многих странах дети, помещенные под замещающую опеку (детские дома, замещающие семьи), не были обеспечены защитой от жестокого обращения и насилия. В некоторых странах дети подвергались систематическому насилию и эксплуатации в приемных семьях. Исследования прошлого проводились в Швеции, Норвегии, Исландии, Дании, Ирландии, Уэльсе, Шотландии, Нидерландах, Австралии и Канаде, и похожее исследование было проведено в Финляндии в 2016. Министерство Здравоохранения и Социальной защиты обеспечило финансирование исследования, и данный грант получили ученые кафедры истории и этнологии Университета Ювяскюля. Исследования основывалось на опыте лиц, проживавших в детских домах и приемных семьях с 1937 по 1983 год, и в основном проводились в форме интервью. Закон о защите детей, вступивший в силу в 1984 году, существенно изменил принципы работы по защите детей, поэтому исследование было ограничено периодом до вступившего в силу нового законодательства. (STM, 2016). Результаты исследования показали, что респонденты подвергались физическому и сексуальному насилию, пренебрежением в основных потребностях (пища, медицинское обслуживание), а также различным формам унижения. Насилие совершалось как взрослыми, так и другими детьми и происходило во всех формах замещающей опеки. Пережитый опыт повлиял на формирование самооценки и развитие респондентов. Впоследствии государство публично принесло свои извинения всем тем, кого не смогло защитить.

Ситуации, ущемляющие права ребенка, встречаются в разных институтах замещающей опеки и по сей день. Для того, чтобы избежать повторения опыта прошлого, особое внимание должно уделяться мнению и участию ребенка в соответствии его с возрастом и развитием. Субъективное мнение детей служит основой для определения их наилучших интересов в той или иной ситуации. Чтобы гарантировать реализацию наилучших интересов детей, страны, ратифицировавшие Конвенцию, должны ввести в практику процедуры, помогающие «прислушиваться к детям» (Арчакова и др., 2020). Участие расширяет права и возможности особенно уязвимых групп детей. Участие на индивидуальном уровне часто описывается лестничными моделями, в которых, на самых низких уровнях человек практически не имеет возможности влияния, но чем выше он поднимается, тем больше влияния он оказывает. Однако решающим является собственный опыт. Министерство юстиции Финляндии провело исследование о правах детей на участие. Согласно исследованию, участие детей и молодежи в Финляндии возможно в основном в рамках формальных структур. (ОМ, 2019). Согласно опросу (2017 г.), 65 % детей считают, что взрослые примут

более правильные решения, если будут принимать во внимание взгляды детей. В 2016 году Совет Европы опубликовал инструмент оценки участия, позволяющий государствам-членам оценивать свой прогресс в выполнении рекомендации Комитета об участии в принятии решений детей и молодежи в возрасте до 18 лет (Council of Europe, 2016).

Несмотря на то, что страны Северной Европы входят в число ведущих стран мира по обеспечению благополучия детей, скандинавская модель благосостояния не смогла полностью предотвратить рост сегрегации семей с детьми. Разрыв между благополучными и неблагополучными семьями продолжает расти, а проблемы неблагополучия становятся более острыми и многогранными (The Finnish National Kohorts, 1987, 1997). Количество детей, помещенных вне своей семьи, систематически растет во многих Северных странах, а дети, помещенные вне своей семьи, сталкиваются с более высоким риском испытать невзгоды в будущем по сравнению со своими сверстниками, которые выросли в биологической семье (Käärgälä и др., 2017). Многие дети по-прежнему становятся жертвами насилия, и необходимость в продвижении их прав на защиту не иссякает.

Как показывает практика, даже принятие законодательства в полной мере не гарантирует моментальных изменений. Очень важно уделять внимание различным механизмам внедрения законодательства на государственном и муниципальных уровнях.

Весной 2020 года правительство Финляндии поручило парламентскому комитету подготовить национальную детскую стратегию, которая была бы основана на Конвенции ООН о правах ребенка и не была бы ограничена продолжительностью работы правительства, а также объединяла бы различные ветви административной власти. Стратегия была опубликована в феврале 2021 года. Целью национальной детской стратегии является формирование Финляндии как страны, уважающей права ребенка и ориентированной на позитивное воспитание детей и формирование хороших отношений между членами их семей. В данной стратегии также указываются меры и действия, которые государство и местные органы обязаны провести для уменьшения случаев насилия в семьях. Родители нуждаются в поддержке и информации о том, как справляться с повседневными трудностями воспитания ребенка без насилия. В рамках стратегии предусматривается укрепление навыков родительства и усиление поддержки родителей таким образом, чтобы вредным для детей способам воспитания были найдены альтернативные методы, уважающие права ребенка и его особое положение.

С наступлением цифровой эпохи появились новые вызовы, связанные с защитой детей, поэтому возникла необходимость обновить стратегии защиты детства в цифровой среде. Помимо законодательной основы разрабатываются модели воспитания и обучения, улучшающие

навыки безопасности при пользовании цифровыми инструментами. Особое внимание уделяется насилию и притеснениям, а также материалам агрессивно-насильственного характера, распространяемым в цифровой среде. В 2021 Комитет по правам ребенка выпустил новое замечание общего порядка № 25 (2021) о правах детей в связи с цифровой средой. Комитет разъясняет, каким образом государствам-участникам следует осуществлять Конвенцию применительно к цифровой среде, и дает руководящие указания относительно соответствующих законодательных, политических и других мер по обеспечению полного соблюдения ими своих обязательств по Конвенции и факультативным протоколам к ней в свете возможностей, рисков и вызовов, связанных с поощрением, соблюдением, защитой и осуществлением всех прав детей в цифровой среде (ООН, 2021).

Неотъемлемой частью реализации и мониторинга наилучших интересов ребенка являются механизмы оценки воздействия детей (child impact assesment) и детского бюджетирования (child budgeting). Данные инструменты также описаны в Конвенции ООН о правах ребенка. Оценка воздействия детей нацелена на то, чтобы наилучшие интересы ребенка учитывались во всех политических действиях при принятии решений, касающихся детей. Иными словами, оценка воздействия детей является инструментом, позволяющим принимать более правильные решения и действия для детей и семей. Решения могут воплощаться в поправках в законодательных актах, составлении государственного или муниципального бюджета или в развитии других государственных программ. Детское бюджетирование отвечает на вопрос о том, какая доля государственных средств расходуется на детей, соответствуют ли эти ресурсы целям в области благополучия детей, и каковы последствия политики распределения целевых ресурсов на для благосостояния детей. Составление детского бюджета означает междисциплинарное отслеживание, мониторинг и оценку влияния бюджетных решений на детей. В рамках детской стратегии рабочей группой по координации правительственных исследований было принято решение о разработке дорожных карт оценки воздействия детей и детского бюджета. Результаты ожидаются в 2022 г.

Одновременно Институтом Здравоохранения и Социальной защиты (ТНЛ) был разработан план действий на 2020–2025 годы – «Детство без насилия». В данном плане определены точные механизмы внедрения и мониторинга действий по сокращению и предотвращению насилия в отношении детей в возрасте до 18 лет на систематической и долгосрочной основе. В рамках реализации плана был привлечен широкий круг экспертов из различных НКО, а для оценки и мониторинга плана была назначена рабочая группа, состоящая из 32 организаций и органов власти.

Состояние проблемы насилия и злоупотребления в отношении детей в современной России

Дети – один из главных социальных ресурсов нашей страны, гарантирующий ее будущее. Сохранение здоровья и потенциала развития населения должно начинаться с детства. В связи с этим обеспечение безопасности и благополучия детей и подростков – первоочередная задача общества и государства. Одним из важных шагов в этом направлении является предупреждение насилия и злоупотребления в отношении детей. В то же время следует отметить, что проблема жестокого обращения с детьми в России в течение многих лет не теряет своей остроты.

Высокая актуальность сохранения и приумножения здорового, активного творческого молодого поколения обусловлена, кроме прочего, демографическими проблемами страны. В течение ряда лет статистика свидетельствует о естественной убыли населения, о превышении смертности над рождаемостью. По данным Росстата, количество детей составляет 20,6 % от общей численности населения страны. В 2020 году оно было равно 30,4 миллиона человек, причем в 2020 году родилось на 10,5 % меньше детей, чем в 2018 году. Очевидно, что необходимо не только повышение рождаемости, но и бережное отношение к маленьким гражданам России.

Вместе с тем, ежегодно дети становятся жертвами преступлений. Конкретные цифры, отражающие криминальную статистику преступлений против несовершеннолетних за последний период приведены в сделанном А.Ю. Кузнецовой Докладе о деятельности уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка в 2020 году^{<48>} с опорой на статистические данные МВД и Следственного комитета. При анализе данных 2020 года следует учитывать особый характер этого периода, обусловленный пандемией и связанными с ней изменениями социальных условий жизни.

В целом, в 2020 году правоохранительными органами было зафиксировано 90374 преступлений в отношении несовершеннолетних, что на 9,1 % меньше, чем в предшествующем году. По сравнению с 2019 годом на 11,8 % уменьшилось число пострадавших подростков (94881 человек), из них на 14 % – в возрасте до 14 лет (56771 человек). Следует, однако, отметить, что динамика количества потерпевших в России за последние годы имеет неравномерный характер.

После некоторого снижения в начале 2010-х годов фиксировался рост числа детей, пострадавших от преступлений с резким падением примерно на 20 тысяч человек в 2016 году.

Это уменьшение связано с последствиями правовых изменений – декриминализацией статьи Уголовного кодекса о побоях и переводе ее части в административные правонарушения. Однако уже на следующий,

2017, год численность потерпевших превысила аналогичные показатели прошлых лет и вышла за порог 100 тысяч человек. Увеличение количества потерпевших продолжалось до 2020 года, особенности криминологических показателей которого, вероятно, связаны с эпидемией коронавируса и сопутствующими ей социальными феноменами.

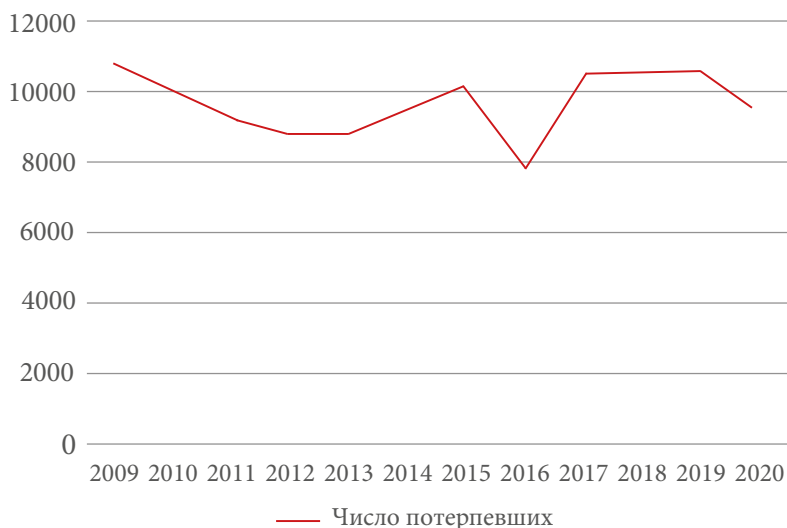


Рис. 2. Количество несовершеннолетних, признанных потерпевшими по уголовным делам, в Российской Федерации (по данным МВД)

Около 20 % преступлений в отношении детей относятся к категориям тяжких и особо тяжких и расследуются следователями Следственного комитета.

10,1 % от общего количества преступлений составляют преступления против жизни и здоровья детей (9365). По данным МВД, в 2020 г. от рук преступников погибли 2254 ребенка (в 2019–2329 детей, в 2018–2750 детей), или 2,4 % всех несовершеннолетних, потерпевших от преступлений.

17,5 % всех преступлений в отношении детей – преступления против половой неприкосновенности и свободы личности. В 2020 году было совершено 15822 преступления этой категории, что на 7,2 % больше, чем в 2019 году и на 79 % больше, чем в 2012 году. 47 % (7439) преступлений совершены в отношении лиц, не достигших 14-летнего возраста.

Указанные преступления совершены 7072 лицами, из которых большинство обвинялись в половом сношении и иных действиях сексуального характера с лицом, не достигшим 16 лет (ст. 134 УК РФ) (52,4 %). Помимо этого, они совершали насильственные действия сексуального

характера (ст. 132 УК РФ) (27,8 %); развратные действия (ст. 135 УК РФ) (9,9 %) и изнасилования несовершеннолетних (ст. 131 УК РФ) (9,2 %). Следует отметить, что в последние годы растет число преступлений сексуального характера в отношении несовершеннолетних, совершаемых с использованием сети Интернет. К ним относятся, в частности, кибергруминг и детская порнография.

По данным Следственного комитета, на 7 % за год увеличилось количество детей, пострадавших от рук ближайших родственников. Так, 21,5 % (3030) преступлений против половой неприкосновенности и свободы личности были совершены членами семьи несовершеннолетнего, из которых 31 % (937 преступлений) – непосредственно родителем. О насилии и сложной психологической обстановке в семье косвенно свидетельствует и такое явление, как уход ребенка из дома. В 2020 число несовершеннолетних, ушедших из семей, уменьшилось на 17 % по сравнению с предыдущим годом (с 1142 человек в 2019 до 924 человек в 2020 г.), что, вероятно, можно объяснить условиями пандемии. Наиболее частой причиной самоубийств несовершеннолетних также являются проблемы в семье, а порой – физическое и психологическое жестокое обращение. По данным СК России, за последний год количество детей, погибших в результате совершения суицида, снизилось на 30,5 % (2018 г. – 788, 2019–737, 2020–548 человек).

В то же время статистика зарегистрированных в 2020 г. преступлений, совершенных в отношении несовершеннолетних, свидетельствует, что большую часть от их общего числа (52,5 %, или 47468 преступлений) составляют преступления против семьи и несовершеннолетних, а среди них 91,8 % – преступления, предусмотренные ст. 157 УК РФ (неуплата средств на содержание детей), от которых пострадали 57759 детей, или 60,9 % всех потерпевших.

Менее значительная часть приходится на иные виды преступлений в отношении несовершеннолетних: 13,7 % – преступления против собственности (12414), 2,6 % – связанные с правилами дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (2368), а также некоторые другие противоправные действия.

Таким образом, физическое и сексуальное насилие и злоупотребление составляют немногим более четверти всех совершенных против несовершеннолетних уголовных преступлений. К ним не относятся побои, не имеющие систематического характера, и квалифицируемые как административное правонарушение. Единственная статья Уголовного кодекса, содержащая понятие «жестокое обращение», – статья 156 УК РФ, в которой квалифицирующим преступление признаком является неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего ответственным взрослым, соединенное с жестоким обращением. Однако она используется редко, в частности, из-за того, что для категории

«жестокое обращение» слабо проработаны юридические критерии, прежде всего, в отношении пренебрежения потребностями ребенка и эмоционального жестокого обращения, учитывая, что для физического и сексуального насилия существуют самостоятельные статьи, предусматривающие более высокий уровень ответственности. Велики масштабы латентной преступности, не выявленных преступлений. Все это свидетельствует о необходимости совершенствования всех аспектов профилактики преступлений в отношении несовершеннолетних.

В России существует правовая база для такой профилактики – Федеральный закон от 23.06.2016 № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации»^{<166>} и Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»^{<166>}, над новой редакцией которого в настоящее время ведется работа.

На несовершеннолетних потерпевших распространяется действие Федерального закона от 20.08. 2004 г. N 119-ФЗ «О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства»^{<167>}, позволяющий потерпевшим при необходимости получить от государства различного рода индивидуальную защиту.

В последние годы были сделаны новые шаги по модернизации правовых механизмов и форм работы с несовершеннолетними потерпевшими от криминального насилия. Так, в 2012 году был принят Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. N 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних»^{<168>}, в соответствии с которым все несовершеннолетние потерпевшие от преступлений сексуального характера младше 12 лет считаются находящимися в беспомощном состоянии в силу неспособности понимать характер и значение совершаемых с ними действий.

В 2015 году была изменена и дополнена статья 191 Уголовно-процессуального кодекса «Особенности проведения допроса, очной ставки, опознания и проверки показаний с участием несовершеннолетнего» таким образом, что к проведению следственных действий с участием несовершеннолетнего стало возможным привлекать не только педагога, но и психолога, а по делам о преступлениях против половой неприкосновенности несовершеннолетнего участие психолога стало обязательным. Было регламентировано время проведения следственных действий для разных возрастов. Разрабатывается предложение о распространении аналогичных норм на судопроизводство с участием несовершеннолетних.

Защита несовершеннолетних от насилия и злоупотреблений в России осуществляется рядом ведомств и организаций.

Раньше других, начиная с рождения ребенка, за его благополучие следят учреждения здравоохранения, врачи-педиатры. Они первыми могут обратить внимание на повреждения на теле ребенка (синяки, порезы, ожоги или переломы), которые не могли возникнуть случайно, или на его запущенное состояние и известить об этом правоохранительные органы и органы опеки. Распознать признаки жестокого обращения с ребенком несколько позже могут сотрудники дошкольных образовательных учреждений и школ и также передать эту информацию в соответствующие инстанции. В случаях риска жестокого обращения, в том числе пренебрежения родителями основных потребностей ребенка, состоянием его семьи занимаются службы социальной защиты, опеки и попечительства. Семейное неблагополучие может быть поводом рассмотрения проблемы на муниципальном уровне, а именно – комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав. В том случае, когда усилий государственных служб – здравоохранения, образования, социальной защиты, а также органов местного самоуправления для исправления ситуации недостаточно, а речь идет о нарушении уголовного закона, требуется вмешательство правоохранительных органов. К ним относятся полиция, Следственный комитет, прокуратура. Все эти структуры обязаны защищать детей, пострадавших от преступлений, соблюдать их права в процессе предварительного и судебного следствия, действовать в их лучших интересах. Судебные органы, вынося приговор по делу, не только определяют наказание виновному, но и решают профилактические задачи, вынося представления об устранении обстоятельств, способствовавших преступлению в отношении несовершеннолетних. Так, в 2020 г. в порядке, предусмотренном ст. 158 УПК РФ, было вынесено 14,3 тыс. представлений об устранении обстоятельств, способствовавших совершению преступлений в отношении несовершеннолетних. Большинство вынесенных в 2020 году представлений направлялись в органы внутренних дел (70,3 %), органы и учреждения системы образования (9,2 %), комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (7,5 %), администрации муниципальных образований (4,6 %), органы и учреждения системы здравоохранения (2,8 %), органы опеки и попечительства (2,5 %)⁴⁸.

Еще одна структура, ответственная за соблюдение прав детей, – система Уполномоченных по правам ребенка, включающая службы Уполномоченных в субъектах Российской Федерации, а также Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ. Детские омбудсмены обладают достаточно широкими полномочиями, следят за соблюдением прав детей на своих территориях, принимают профилактические меры, а также имеют право законодательной инициативы, проводя политику защиты прав и интересов детей.

Дети, подвергающиеся жестокому обращению, могут обращаться в различные организации для защиты своих прав и по собственной

инициативе. Это может быть телефон доверия, психологическая служба школы, органы социальной защиты, правоохранительные органы.

Детям и членам их семей, подвергающимся насилию и злоупотреблению, оказывают помощь и общественные некоммерческие организации, предоставляющие им укрытие, социальную и психологическую поддержку.

Международные проекты по борьбе с насилием в отношении детей

Профилактика насилия в отношении детей может быть эффективной лишь в том случае, если она организуется системно и координируется на различных уровнях – местном, муниципальном, окружном, региональном, федеральном и международном. Международный уровень профилактической работы позволяет оценить актуальность проблемы, ее масштаб, провести сравнительный анализ положения в разных странах, выделить лучшие методы и практики решения проблемы, сформулировать основные цели и общую политику, определить программу действий в мире, организовать международное взаимодействие для ее реализации, стимулировать достижение целей и получение результатов. В 2017 году Организацией Объединенных Наций была принята Глобальная повестка дня на период до 2030 года: построение более безопасного мира для детей. Одна из 17 задач повестки – положить конец всем формам насилия в отношении детей, а также покончить с жестоким обращением с детьми, их безнадзорностью и эксплуатацией.

В качестве лидеров международной политики, направленной на снижение уровня насилия в отношении детей в мире, можно назвать Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ).

С 2013 г. **ЮНИСЕФ** взял на себя функцию мониторинга состояния насилия в отношении детей в мире в целом, регионам и отдельным странам, которые предоставляют статистические данные. Последний отчет был выпущен в ноябре 2017 году и представлен на сайте этой организации^{<195>}. Мониторинг проводится по четырем основным параметрам, характеризующим насилие в домашних условиях и в школе, насильственные смерти среди подростков, сексуальное насилие в отношении детей и подростков, и демонстрирует следующие результаты.

В разделе «Применение насильственных дисциплинарных мер и домашнее насилие и злоупотребление» представлены данные о том, что в мире около 300 миллионов, или 3 из 4 детей в возрасте от 2 до 4 лет, регулярно испытывают насилие в качестве дисциплинарной меры. По данным 30 стран, таким мерам подвергаются 60 % детей в возрасте от одного года до двух лет, причем к половине детей этого возраста

применяются физические наказания. В целом, по оценкам ЮНИСЕФ, физическим наказаниям подвергаются около 250 миллионов детей. В глобальном масштабе около 1,1 миллиарда взрослых, опекающих детей, высказали мнение о том, что физические наказания необходимы для того, чтобы правильно воспитывать детей. Лишь 60 стран приняли законодательство, полностью запрещающее использование телесных наказаний дома. Первыми это сделали в конце 1970-х – начале 1980-х годов страны Скандинавии, к которым присоединились многие государства, прежде всего, Европы и Латинской Америки. В то же время около 600 миллионов детей младше 5 лет остаются без такой законодательной защиты. Кроме того, в мире около 25 % детей до 5 лет (примерно 176 миллионов) живут с матерями, которые подвергаются насилию со стороны своих партнеров. При поддержке ЮНИСЕФ в последнее десятилетие в ряде стран (например, в Египте, Иордании, Сербии, Черногории) запущены профилактические программы, направленные на развитие ненасильственных мер воспитания детей.

Характеризуя состояние насилия в школе, ЮНИСЕФ представляет данные о том, что в мировом контексте около 130 миллионов, или примерно 30 % школьников в возрасте от 13 до 15 лет испытывают либо испытывали в прошлом школьный буллинг. Около 30 % (17 миллионов) младших подростков из 39 стран Европы и Северной Америки признавали, что сами активно участвовали в буллинге по отношению к другим в школе. Согласно данным этого опроса, по уровню агрессии школьников в форме буллинга (около 45 %) Российская Федерация занимала третье место среди участвовавших стран вслед за Латвией (58 %) и Литвой (52 %) при минимальных показателях в Швеции (7 %). 732 миллиона (примерно половина) детей школьного возраста (от 6 до 17 лет) живут в странах (преимущественно в Африке и Азии), где телесные наказания в школах не запрещены полностью. По данным ЮНИСЕФ 2017 года, за последние 25 лет были зарегистрированы 59 случаев склуштинга в 14 странах, 75 % из них – в Соединенных Штатах. В 2016 году в 18 странах зафиксировано около 500 нападений или угроз нападений на школы. ЮНИСЕФ оказывает поддержку программам, ориентированным на повышение безопасности в школах, которые реализуются в странах разных регионов мира.

Одним из наиболее тяжелых проявлений насилия в отношении несовершеннолетних являются насильственные смерти подростков. В 2015 году в мире от насилия погибли 82 тысячи подростков. В особенно уязвимом положении находятся молодые люди в возрасте от 15 до 19 лет: для них риск такой смерти в три раза выше, чем для младших подростков в возрасте 10–14 лет. В этой категории смертей различают гибель от коллективного (военные действия, вооруженные конфликты) и межличностного (убийства) насилия. 70 % несовершеннолетних

жертв коллективного насилия приходились на регионы Ближнего Востока и Северной Африки, в особенности (с 2011 года) – на Сирию. Однако большая часть подростков гибнет от межличностного насилия, в 2015 году на их долю приходилось около двух третей погибших. Большинство случаев смертей подростков в результате межличностных конфликтов происходит в странах Латинской Америки, Карибского бассейна и Соединенных Штатов Америки. В связи с этим акции и программы профилактики против насилия, поддерживаемые ЮНИСЕФ, разворачиваются преимущественно в Латинской Америке.

Сексуальное насилие в отношении детей и подростков также относится к одним из самых тяжелых вариантов насильственных действий, имеющих долговременные неблагоприятные последствия. В 38 странах с низким и средним доходом населения почти 17 миллионов женщин сообщали о том, что пострадали в детстве от насильственных сексуальных действий. По данным опроса в странах Европы, около 2,5 миллионов молодых женщин перенесли контактные и неконтактные формы сексуального насилия в возрасте до 15 лет. В процентном отношении наиболее высоким уровнем сексуальной виктимизации отличались Люксембург, Великобритания, Франция и Нидерланды. По оценкам ЮНИСЕФ, в мире около 15 миллионов девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет имели опыт насильственного секса, 9 миллионов из них подверглись сексуальным действиям в течение последнего года. В 20 странах почти 90 % девочек-подростков, пострадавших от насильственных сексуальных действий, сообщили, что в первый раз это случилось в подростковом возрасте. Согласно данным из 30 стран, лишь 1 % девочек-подростков – жертв сексуального насилия обращались за помощью к специалистам. Опрос, проведенный в 28 странах, показал, что 90 % девочек-подростков, переживших сексуальное насилие, пострадали от действий своих близких или знакомых. Сексуальное насилие против мальчиков-подростков чаще всего также совершали их друзья, одноклассники или партнеры. Под эгидой ЮНИСЕФ во многих странах, где проблема сексуального насилия особенно остра, организуются образовательные программы и курсы по профилактике, в частности, дети и подростки обучаются защищать себя от насилия, предупреждать его развитие, обращаться за поддержкой к профессионалам.

Всемирная организация здравоохранения (*ВОЗ*) в течение многих лет занимается проблемой насилия и его последствий для здоровья и благополучия, в том числе у детей. По ее инициативе в 2017 году разрабатывается и осуществляется системный международный проект, получивший название «*INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей*»^{<264>}. Целью проекта является не только сбор данных и мониторинг состояния проблемы, но и формулирование на основе этих данных стратегий, «призванных помочь странам и

сообществам сосредоточить усилия на профилактических программах и услугах, обладающих наибольшим потенциалом для снижения уровня насилия в отношении детей»^{<264>}. Признавая глобальной проблемой высокий уровень насилия в отношении детей, ВОЗ, прежде всего, выделяет его негативные прямые и косвенные последствия для здоровья матери и ребенка, психического здоровья, травматизм, инфекционные и неинфекционные заболевания и опасные формы поведения.

Проект включает комплекс из семи избранных стратегий, первые буквы английских названий которых образуют в качестве аббревиатуры слово «INSPIRE». Кроме того, в комплекс входят два типа сквозных мероприятий: 1) многосекторальная деятельность и координация, которые связывают стратегии между собой; 2) мониторинг и оценка, позволяющие оценивать ход реализации мероприятий и их эффективность. Это дает возможность выделять наиболее продуктивные технологии, реализованные в конкретных странах, и давать рекомендации по их распространению в международном контексте.

Комплекс составляют следующие стратегические направления.

1. **Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов** (Implementation and enforcement of laws). На современном этапе наиболее актуальным является принятие ряда законов, ограничивающих насильственные практики и способствующие им обстоятельства, а также усиливающие ответственность за совершение насильственных действий. Это законы
 - запрещающие родителям, учителям и другим воспитателям применять жестокие способы наказания детей;
 - предусматривающие уголовную ответственность за сексуальные посяательства в отношении детей и их сексуальную эксплуатацию;
 - направленные на профилактику злоупотребления алкоголем;
 - ограничивающие доступ молодежи к огнестрельному и другому оружию.

Сектора, отвечающие за это направление, – органы, обладающие законодательной инициативой, правоохранительные органы, органы юстиции. В качестве образца в документе представлено описание закона о запрете телесных наказаний и сопровождавшей его информационной кампании в Швеции.

2. **Нормы и ценности** (Norms and Values). Цель направления – укрепление норм и ценностей, содействующих формированию ненасильственных, уважительных, заботливых, позитивных и основанных на гендерном равенстве взаимоотношений в жизни каждого ребенка и подростка. Достигается с помощью информационных кампаний в СМИ, образовательных и тренинговых программ, программ социальной мобилизации и помощи вспомогательных служб. К перспек-

тивными подходам относятся отход от вредных гендерных и социальных норм, программы мобилизации сообществ против насилия, поощрение вмешательства свидетелей насилия. Предание гласности фактов насилия способствует принятию новых законов и политических мер, переводящих определенные формы насилия в категорию уголовно наказуемых правонарушений. Ответственные сектора – органы здравоохранения, образования, социальной защиты.

3. **Создание безопасной среды** (Safe environments). Цель – создание и поддержание безопасных условий на улицах и в других местах, где дети и молодежь собираются вместе и проводят время. Предусматривается изменение социальной и физической обстановки в сообществах с целью поощрения позитивных и пресечения вредных форм поведения. Результатом может быть сокращение количества травм, полученных в результате нападений, и повышение безопасности перемещения в пределах сообщества. Программы, реализуемые в рамках этого направления, ориентированы на *преобразование зон повышенного риска*, выделяемых на основе информации учреждений здравоохранения о травмах и полиции о числе нападений. Образцом служит модель, реализованная в Уэльсе (Великобритания), где принятие такого рода мер позволило сократить случаи травматизма и госпитализации соответственно на 32 % и 42 %. Другим вариантом мер являются *программы противодействия распространению насилия* с привлечением в качестве сотрудников авторитетных участников проблемных групп молодежи, которые проходят обучение и затем транслируют навыки ненасильственного разрешения конфликтов в своей среде. Еще один вариант продуктивного подхода к проблеме – *улучшение антропогенной среды* за счет создания такого архитектурного и ландшафтного дизайна, который помимо формирования новых эстетических качеств позволяет хорошо контролировать среду, иметь точки доступа к помощи, поощрять просоциальное поведение. Ответственные сектора – местные службы проектирования, правоохранительные органы.
4. **Поддержка родителей и воспитателей** (Parent and caregiver support). Цель – снижение распространенности жестоких методов воспитания и формирование позитивных взаимоотношений между родителями и детьми. Результатом становится не только уменьшение случаев домашнего насилия, но и сокращение числа детей и подростков, участвующих в школьном *буллинге* в качестве агрессоров или жертв, снижение подростковой преступности. Один из подходов в рамках этого направления – поддержка родителей с помощью *программы посещения на дому*. Примером служит программа посещения подготовленными медсестрами семей из группы риска (например, юных матерей без опыта воспитания, с низким до-

ходом) в течение первых двух лет жизни ребенка (США, Канада). Помощь медсестер снижала на 48 % случаи жестокого обращения с ребенком, его травматизм, способствовала повышению социальной компетентности и трудоустройству матери. Эффективность продемонстрировали программы обучения и поддержки родителей, осуществляемые в группах в условиях сообщества. К ним, например, относится программа «Взрослые вместе с детьми: воспитание детей в безопасности», реализованная в США и ряде других стран с низким и средним уровнем доходов, в результате которой распространенность жестоких способов поддержания дисциплины снизилась на 50 %. Поддержка и обучение родителей могут реализоваться и как часть комплексных программ, ориентированных на факторы риска причастности детей к насилию и противоправному поведению. Ответственные сектора – здравоохранение, социальная защита, образование.

5. **Повышение доходов и улучшение экономического положения** (Income and economic strengthening). Цель – повышение уровня экономической защищенности и стабильности, снижение распространенности жестокого обращения с детьми и насилия со стороны полового партнера. Предполагается, что повышение экономического благосостояния потенциально может сократить распространенность насилия в семье. Связанные с этим меры – *выплата денежных пособий* уязвимым семьям, *микрофинансирование*, что облегчает им доступ к медицинским и образовательным услугам, а в сочетании с обучением воспитанию детей, занятиями по гендерному равенству ведет к уменьшению домашнего насилия. Ответственные – финансовый сектор, службы занятости.
6. **Ответные меры и оказание поддержки** (Response and support services). Цель: расширение доступа к качественным медицинским и социальным услугам и надлежащей поддержке со стороны уголовного правосудия для всех нуждающихся в них детей, в том числе для сообщения о фактах насилия, чтобы уменьшить долгосрочные последствия насилия. Работе с жертвами насилия придается особое значение. Важным средством помощи являются *консультирование и психотерапия*. В качестве эффективного метода ВОЗ рекомендует применение когнитивно-поведенческой терапии, фокусированной на травме (СВТ-ТФ), которая может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом вариантах. По оценкам ВОЗ на основе работы по данной программе в разных странах, эффективность в устранении посттравматических симптомов и функциональных нарушений при индивидуальной работе составила 37 %, при групповой – 56 %. В связи с высокой латентностью насилия в отношении детей и их матерей необходимо выявление пострадавших от насилия

с помощью *скрининговых исследований* и затем оказание им помощи. Профилактике повторного совершения насильственных действий и преступлений несовершеннолетними правонарушителями служат *программы воспитательной работы с такими несовершеннолетними в системе уголовного правосудия*. Крайней профилактической мерой для детей, ставших жертвами домашнего насилия, является *организация патронатного воспитания с привлечением социальных служб*. В мире воспитанниками патронатных семей или приютов-интернатов стали около 2 миллионов детей. Ответственные сектора – здравоохранение, службы социальной защиты, правоохранительные органы.

7. **Обучение и формирование жизненных навыков** (Education and life skills). Цель – расширение доступа детей к более эффективному и построенному на принципах гендерного равенства образованию, социально-эмоциональному обучению, программам формирования жизненных навыков, а также создание благоприятной и безопасной школьной среды. Повышение уровня образования предохраняет детей от участия в некоторых видах насильственных действий в качестве жертвы или виновника. Этому способствуют такие меры, как *повышение числа детей, посещающих учреждения дошкольного, начального и среднего образования, а также создание безопасной и благоприятной школьной среды*. Например, создание «Школ без насилия», внедрение программ повышения информированности о физическом и словесном насилии особым вниманием к агрессии и травле в школе, вовлечение детей в формирование политики школы по ликвидации насилия в Хорватии позволило вдвое сократить проявления агрессии и повысить уровень безопасности в школе. Эффективной профилактической мерой ВОЗ считает *повышение уровня осведомленности детей о способах защиты от сексуального насилия*. Обучение детей социальным и жизненным навыкам снизило распространенность агрессивного и деструктивного поведения в школе на 25 %, если профилактические программы проводились для всех детей, и на 33 %, если они были фокусированы на детях группы риска. Специфичностью отличаются *программы для подростков по профилактике насилия со стороны полового партнера*, позволяющие избежать психологического и сексуального насилия. Ответственным сектором по данному направлению является система образования.

Реализация проекта INSPIRE поддерживается Организацией Объединенных Наций, как ее Генеральной ассамблеей, так и рядом форумов, посвященных проблеме насилия в отношении детей. Одним из механизмов осуществления поставленных целей является организованное ООН в 2016 году Глобальное партнерство по ликвидации насилия

в отношении детей и его фонд^{<233>}, которые поддерживают тех, кто занимается профилактикой насилия в национальных государственных секторах и других сообществах. Проводится сбор данных о состоянии проблемы в разных странах, оказывается помощь в формулировании национальной политики в борьбе с насилием в отношении детей и выборе эффективных мер. На национальном уровне адаптация комплекса INSPIRE проходит ряд этапов, от принятия целей программы, оценки проблемы и потребностей страны через адаптацию программы к особенностям страны, составление планов, поиски ресурсов, обеспечение кадрами – к реализации, мониторингу и оценке результатов.

В 2020 году был опубликован Глобальный отчет о ситуации с предупреждением насилия в отношении детей, в котором констатировалось, что в целом страны пока не справляются с задачей предупреждения насилия в отношении детей, однако отмечался достигнутый прогресс в 155 странах в рамках программы «INSPIRE»^{<99>}.

Наряду с описанными выше международными организациями и проектами действуют также международные общественные организации и фонды, объединяющие специалистов в области защиты детей от насилия. Наиболее крупным и известным среди них является ISPCAN – Международное общество превенции насилия и пренебрежения в отношении детей (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect)^{<334>}, основанное в 1977 году по инициативе Генри Кемпе и его коллег. ISPCAN ведет образовательную деятельность, создает рабочие группы, объединяет профессионалов на своих конгрессах, предоставляет информационные ресурсы по проблеме насилия в отношении детей.

РАЗДЕЛ 3. МЕЖДУНАРОДНОЕ И РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НАСИЛИИ И ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ С ДЕТЬМИ

Международное законодательство о насилии и жестоком обращении к детям и стандарты в области прав ребёнка

Каждый ребенок имеет право на свою физическую и личную неприкосновенность и защиту от всех форм насилия. Дети как люди имеют право пользоваться всеми правами, гарантированными различными международными договорами по правам человека, которые были разработаны на основе Всеобщей декларации прав человека^{<35>}. Они также имеют право на защиту, предусмотренную в международно-правовых документах, касающихся международного уголовного, гуманитарного и трудового права.

Со времени принятия в 1948 году Всеобщей декларации прав человека, первого авторитетного международного документа о правах человека, было разработано более 60 договоров, касающихся рабства, отправления правосудия, статуса беженцев и групп меньшинств и прав человека. Все они основаны на концепциях недискриминации, равенства и признания достоинства каждого человека, содержащихся во Всеобщей декларации, в которых четко указывается, что права, содержащиеся в ней, доступны всем, включая детей, на основе равенства.

Поэтому дети имеют право на права и процедуры, изложенные в международном билле о правах, состоящем из Международных пактов об экономических, социальных и культурных правах, а также о гражданских и политических правах. Дети также имеют право на права и защиту, предусмотренные в конкретных договорах, в том числе тех, которые касаются ликвидации расовой дискриминации, дискриминации в отношении женщин, предупреждения пыток и прав трудящихся-мигрантов и членов из их семей. Эти документы, имеющие обязательную юридическую силу для государств, которые их приняли, включают положения, имеющие отношение к искоренению насилия в отношении детей. Некоторые договоры, в частности два пакта, также содержат положения, распространяющие конкретную защиту на детей.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин^{<169>} в полной мере применима к девочкам в возрасте до 18 лет. Статья 16.2 Конвенции предусматривает, что обручение и брак ребенка не имеют юридической силы и что государства должны принять все

необходимые меры, включая законодательные, для определения минимального возраста вступления в брак и для обязательной регистрации браков в официальном реестре. Россия ратифицировала данную конвенцию в 2004 году.

Существующая защита в соответствии с международным правом прав человека будет расширена по мере завершения работы над договорами, касающимися детей, исчезновений и инвалидности, которые в настоящее время заключаются. Конкретные положения, касающиеся прав человека детей-инвалидов, включая обязательства государств по борьбе с насилием в отношении них, включены в Конвенцию о правах инвалидов, которая была принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года^{<78>}.

Осуществление каждого из семи основных действующих в настоящее время договоров по правам человека контролируется Комитетом экспертов с помощью различных процедур. Каждый из них рассматривает их осуществление на основе рассмотрения докладов, представленных государствами, и выносит рекомендации в отношении дальнейших действий. Четыре комитета уполномочены рассматривать ходатайства отдельных лиц, которые утверждают, что их права были нарушены, в тех случаях, когда соответствующее государство согласилось с этой процедурой. Два комитета компетентны проводить расследования серьезных, систематических или серьезных нарушений договора, так же в тех случаях, когда государство согласилось с этими процедурами. Факультативный протокол к Конвенции против пыток и других форм жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказания предусматривает систему посещений мест содержания под стражей в государствах-участниках.

Хотя защита детей обеспечивается общими международными договорами по правам человека и другими международными соглашениями, на раннем этапе истории Организации Объединенных Наций международное сообщество признало необходимость обеспечения конкретной защиты прав детей ввиду физической и психологической незрелости несовершеннолетних. Именно этим обстоятельством обусловлено принятие Генеральной

Генеральной Ассамблеей ООН Декларации прав ребенка, в которой изложены десять принципов, направленных на обеспечение особых гарантий для детей^{<40>}.

Принцип 9 Декларации гласит: «Ребенок должен быть защищен от всех форм небрежного отношения, жестокости и эксплуатации». И несмотря на то, что этот нормативный акт не имеет обязательной юридической силы, он стал фундаментом Конвенции о правах ребенка (далее – КПР), одобренной Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г. – основополагающего нормативного международного акта, закрепляющего

положения о защите прав несовершеннолетних в связи с их особым статусом^{<79>}.

В 42 основных статьях Конвенции излагаются гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права, сформулированные для удовлетворения особых потребностей ребенка. Ребёнком, согласно КПП, является каждое человеческое существо в возрасте до 18 лет, если только в соответствии с национальным законодательством совершеннолетие не было достигнуто ранее.

КПП устанавливает рамки правовых принципов и подробных стандартов, которые должны регулировать все законы, политику и практику, затрагивающие детей. К ним относятся содействие предупреждению насилия и меры по защите всех детей от всех форм насилия.

Различные статьи КПП утверждают права детей на физическую и личную неприкосновенность и устанавливают высокие стандарты защиты.

Статья 19 требует, чтобы государства-участники КПП принимали «все надлежащие законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты ребенка от всех форм физического или психического насилия, травм или жестокого обращения, пренебрежения или небрежного обращения, жестокого обращения или эксплуатации, включая сексуальное насилие, находясь на попечении родителей, законных опекунов или любого другого лица, которое заботится о ребенке».

Масштабность этого обязательства была подчеркнута Комитетом по правам ребенка (подразделение, входящее в структуру ООН, основной функцией которого является обеспечение возможности несовершеннолетних реализовывать права человека и жить в условиях признания достоинства, уважения и равенства).

Комитет также подчеркнул требование о том, чтобы в отношении детей были запрещены все виды насилия, а именно: все формы телесных наказаний, какими бы легкими они ни были.

В замечаниях общего порядка к статье 19 КПП, сформулированных Комитетом по правам ребенка в июне 2006 года, подчеркивается обязательство всех государств быстро принять меры по запрещению и ликвидации всех телесных наказаний и других жестоких или унижающих достоинство форм наказания детей, уделяя особое внимание законодательным, просветительским и образовательным мерам, которые должны принять государства.

В Замечании общего порядка четко указывается, что Комитет не отвергает позитивную концепцию дисциплины и признает, что воспитание детей и уход за ними, особенно младенцами и маленькими детьми, требуют частых физических действий и вмешательства для их защиты. Комитет указывает, что это совершенно отличается от преднамеренного

и карательного применения силы с целью причинения определенной степени боли, дискомфорта или унижения детям.

Статья 28(2) КПП требует, чтобы школьная дисциплина «осуществлялась таким образом, чтобы это соответствовало человеческому достоинству ребенка и соответствовало настоящей Конвенции». При толковании этого положения Комитет подчеркивает, что оно требует от государств-участников запретить телесные наказания и все другие унижительные и вредные формы дисциплины в контексте образования.

Статьи 32–36 закрепляют законное право ребенка на защиту от различных форм эксплуатации: от экономической эксплуатации и от «любой работы, которая может быть опасной или препятствовать образованию ребенка или наносить вред здоровью ребенка или физическому, умственному, духовному, нравственному или социальному развитию» (статья 32); от «незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ» и участия «в незаконном производстве и обороте таких веществ» (статья 33); от «всех форм сексуальной эксплуатации и сексуальных надругательств», включая проституцию и порнографию (статья 34); от похищения, продажи и торговли людьми (статья 35); и от «всех других форм эксплуатации, наносящих ущерб любым аспектам благополучия ребенка» (статья 36).

Статья 38, в которой государства-участники обязуются уважать и обеспечивать соблюдение норм международного гуманитарного права, применимых к ним в отношении детей и вооруженных конфликтов, напоминает об обязательствах, изложенных в Женевских конвенциях, в то время как в статье 37 говорится, что ни один ребенок не должен подвергаться «пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания», а также приговариваться к смертной казни или пожизненному заключению без возможности освобождения.

Статья 37 также запрещает любое произвольное или незаконное ограничение свободы детей и устанавливает строгие ограничения и условия для любого лишения свободы, которые применяются к любому ограничению свободы, наложенному в «социальных», а также в «уголовных» целях.

Статья 39 обязывает государства принимать все надлежащие меры для содействия физическому и психологическому восстановлению и социальной реинтеграции детей-жертв насилия.

Вместе со статьей 37 КПП, статья 40 в части отправления правосудия в отношении несовершеннолетних устанавливает подробные гарантии, предписывая, что с детьми, вступающими в конфликт с законом, следует «обращаться таким образом, чтобы это соответствовало поощрению чувства достоинства и ценности ребенка», что в сочетании со статьей 19 требует от государства обеспечить, чтобы дети не подвергали-

лись насилию со стороны государственных должностных лиц на любом этапе системы. Обращение и наказания не должны включать в себя физическое или психическое насилие любого рода. Везде, где это уместно и желательно, должно происходить отвлечение внимания от судебных систем; для детей, признанных виновными в нарушении закона, должны существовать альтернативы институциональному уходу, «такие как уход, руководство и надзор; консультирование; пробация; приемная семья; образовательные и профессиональные учебные программы».

Другие положения КПП также имеют отношение к защите детей от насилия. К ним относятся гражданские права, касающиеся свободы выражения мнений, информации, совести и религии, ассоциаций, мирных собраний, неприкосновенности частной жизни и доступа к информации (статьи 12, 13, 14, 15, 16 и 17). Статья 9 гарантирует право ребенка не разлучаться с родителями, если это не отвечает их наилучшим интересам.

Статья 18 предусматривает, что государства оказывают надлежащую помощь родителям и законным опекунам в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей; и в соответствии со статьей 20 дети, лишенные семейного окружения, имеют право на особую государственную помощь и защиту.

Статья 25 предусматривает право на периодический пересмотр решения о помещении или лечении. Обязательства, касающиеся усыновления, изложены в статье 21, в отношении детей-беженцев – в статье 22, а в отношении детей-инвалидов – в статье 23.

Более общие обязательства, касающиеся, в частности, предотвращения насилия, включены в статью 24 о праве на здоровье и доступе к медицинским услугам; статьи 28 и 29 о праве на образование и целях образования; и статью 27 о праве на достаточный жизненный уровень.

КПП дополняется двумя Факультативными протоколами, принятыми в 2000 году, которые предусматривают более подробную защиту детей от конкретных форм насилия.

Факультативный протокол, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии, определяет эти нарушения. Он также требует от государств-участников криминализации этой деятельности и требует, чтобы любое участие в этих актах, включая попытку и сговор, наказывалось таким образом, чтобы учитывалась тяжесть этих преступлений. Он также требует, чтобы государства закрывали любые помещения, используемые для детской проституции и порнографии, и изымали и конфисковывали доходы от этой деятельности, а также любые средства, используемые для их облегчения, и содержит подробные положения, касающиеся обращения с детьми-жертвами. Факультативный протокол к КПП, касающийся участия детей в вооруженных конфликтах, ограничивает вербовку детей в возрасте до 18 лет в вооруженные конфликты и обязывает государства предоставлять детям,

участвовавшим в вооруженных конфликтах, любую необходимую физическую и психологическую реабилитацию и поддержку для реинтеграции в общество.

Комитет по правам ребенка определил статьи 2, 3, 6 и 12 в качестве общих принципов. В соответствии со статьей 2 все права, закрепленные в Конвенции, доступны всем детям без какой бы то ни было дискриминации, и государства-участники обязаны принимать все надлежащие меры для защиты детей от дискриминации.

Наилучшие интересы ребенка должны учитываться в первую очередь во всех действиях, касающихся детей, таким образом, все государственные и частные органы, суды и административные органы обязаны учитывать последствия действий для детей, с тем чтобы обеспечить надлежащий учет наилучших интересов ребенка (статья 3). Неотъемлемое право ребенка на жизнь и максимальную способность к выживанию и развитию, предусмотренное КПР и включающее физические, умственные, духовные, моральные и социальные аспекты (статья 6), также определено в качестве общего принципа. В соответствии со статьей 12 ребенок имеет право свободно выражать свои взгляды по всем затрагивающим его вопросам и на то, чтобы его взглядам уделялось должное внимание в соответствии с возрастом и зрелостью.

Комитет по правам ребенка, который рассматривает доклады государств с 1993 года, предоставил важные руководящие указания в отношении обязательств государств в отношении насилия в отношении детей, в частности в отношении рекомендаций, вынесенных по итогам двухдневной общей дискуссии по вопросу о насилии в отношении детей в 2000 и 2001 годах, и в своих Замечаниях общего порядка № 1 и 8.

Комитет с удовлетворением отметил, что национальные суды, в том числе конституционные и высшие суды во многих юрисдикциях, осудили насилие в отношении детей в решениях, которые все чаще основываются на договорах по правам человека, в частности КПР, и выводах договорных органов по правам человека.

Международные стандарты и принципы, касающиеся искоренения насилия в отношении детей

Международные и региональные договоры по правам человека дополняются документами, которые, хотя и не являются юридически обязательными, но устанавливают стандарты или разрабатывают принципы, касающиеся искоренения насилия в отношении детей. Так, в рамках Организации Объединенных Наций были приняты резолюцией 40/33 Генеральной Ассамблеи от 29 ноября 1985 года Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (Пекинские правила 1985 года)^{<106>}.

Формулировки данного документа (далее – Правила) изложены так, чтобы его можно было применять различными государствами независимо от того, к каким правовым системам они принадлежат.

В пункте 17 Правил установлены принципы вынесения судебного решения и выбора мер воздействия в отношении несовершеннолетних правонарушителей. В числе данных принципов: соизмеримость применяемых мер тяжести совершенного правонарушения и обстоятельства его совершения; соответствие назначаемых мер потребностям несовершеннолетнего и потребностям общества; сведение к минимуму мер, связанных с лишением и ограничением свободы несовершеннолетнего, запрет смертной казни в отношении данной категории лиц.

Данные принципы составлены с учетом положений Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1984 г. N 39/46)^{<80>} и Международного пакта о гражданских и политических правах (в части запрета жестоких наказаний, включая смертную казнь), принятого резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 16 декабря 1966 г № 2200 А (XXI)^{<100>}.

Подпункт 10.1 Правил гласит, что контакты между несовершеннолетними и правоохранительными органами должны осуществляться так, чтобы содействовать благополучию несовершеннолетнего и избежать причинения ущерба, с должным учетом обстоятельств дела.

Формулировка «избегать причинения ущерба» толкуется весьма расширительно, подразумевая все возможные варианты действий, включая физическое и психическое насилие.

Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 14 декабря 1990 г. № 45/112 приняты «Руководящие принципы ООН для предупреждения преступности среди несовершеннолетних» (Эр-Риядские руководящие принципы 1990 года)^{<138>}. Пункты 53 и 54 предписывают правительствам государств-участников принять и обеспечить соблюдение законодательства, запрещающего жестокое обращение с несовершеннолетними (п. 53). Никакой ребенок не должен подвергаться грубым или унижающим достоинство наказаниям в семье, в школе или в других учреждениях (п. 54).

В Декларации Организации Объединенных Наций об искоренении насилия в отношении женщин 1993 года дается определение насилия по признаку пола и даются рекомендации государствам относительно шагов, которые следует предпринять для решения проблемы насилия в отношении женщин и девочек. В частности, в пункте «а» ст. 2 Декларации указано, что под насилием в отношении женщин подразумеваются следующие случаи: физическое, половое и психологическое насилие, которое имеет место в семье, включая нанесение побоев, половое принуждение в отношении девочек в семье, насилие, связанное с приданым,

изнасилование жены мужем, повреждение женских половых органов и другие традиционные виды практики, наносящие ущерб женщинам, внебрачное насилие и насилие, связанное с эксплуатацией^{<136>}.

В итоговых документах всемирных конференций Организации Объединенных Наций и их обзорах на специальных сессиях Генеральной Ассамблеи также рассматриваются вопросы насилия в отношении детей. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи 2002 года по положению детей включает существенный раздел, посвященный насилию в отношении детей, в свой итоговый документ «Мир, пригодный для жизни детей». Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, принятые на Саммите тысячелетия в 2000 году, и Итоги Саммита ООН 2005 года также включают соглашения, имеющие отношение к искоренению насилия в отношении детей.

Не имеющие обязательной юридической силы, но весьма убедительные документы, относящиеся к контексту насилия в отношении детей, также были приняты в рамках деятельности руководящих органов специализированных учреждений и других подразделений системы Организации Объединенных Наций. К ним относятся резолюции, принятые руководящими органами ВОЗ и ЮНИСЕФ. Исполнительный комитет Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ) принял политику в отношении детей-беженцев в 1993 году и разработал руководящие принципы по защите детей-беженцев и уходу за ними, в которых содержатся подробные рекомендации, направленные на обеспечение защиты детей-беженцев от физического и сексуального насилия, особенно когда они живут в крупных лагерях беженцев.

Становясь участниками международных и региональных договоров, государства берут на себя юридически обязательные обязательства уважать, защищать и осуществлять права, которые, как они заявили, они соблюдают. От них требуется воздерживаться от вмешательства в осуществление прав, защищать отдельных лиц от насилия со стороны негосударственных субъектов и предпринимать позитивные шаги для обеспечения возможности осуществления прав человека.

В тех случаях, когда речь идет о насилии в отношении детей, правительства должны принимать незамедлительные и позитивные меры для предотвращения и искоренения всех форм насилия в отношении детей и эффективно реагировать на него, если оно имеет место, обеспечивая такие меры, чтобы виновные не оставались безнаказанными. Государства обязаны обеспечить, чтобы их органы власти, такие как полиция или учителя в государственных школах, не совершали насилия в отношении детей путем принятия законодательных и других мер по предотвращению таких актов, например, путем обучения сотрудников полиции и других государственных должностных лиц методам расследования, которые не связаны с насилием. Они также обязаны принимать

законодательные и другие меры для защиты детей и сдерживания родителей, законных опекунов и других негосударственных субъектов от нарушения прав детей посредством насилия.

Таким образом, международное право обеспечивает мощную всеобъемлющую правовую основу, которая требует многогранного реагирования.

Вместе с тем, основные международные правовые акты в сфере защиты прав детей не содержат определений жестокого обращения с детьми и насилия в отношении детей.

Декларация прав ребёнка, Конвенция о правах ребенка, а также иные нормы международного права, касающиеся насилия в отношении детей, предполагают, что соответствующие дефиниции должны быть определены национальным законодательством стран, присоединившимся к данным международным документам. Отсутствием соответствующих определений, с одной стороны, создается угроза расширительного толкования соответствующих понятий в конкретных ситуациях, а с другой – обеспечивается учет в надлежащем объеме культуральных особенностей страны, имеющих большое значение в выборе допустимых мер дисциплинарного воздействия, адекватных проступку ребенка.

Документы Совета Европы подразумевают, что в национальных законодательствах стран-участников должны определяться меры ответственности за любые формы насилия в отношении детей. Следовательно, диспозиции уголовно-правовых и административно-правовых норм внутреннего законодательства стран должны, как минимум, содержать признаки соответствующих противоправных деяний в отношении детей. Так, Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений предписывает странам-участникам конвенции развивать национальное законодательство в сфере предотвращения сексуальной эксплуатации детей^{<81>}. Россия ратифицировала данную конвенцию в 2013 году^{<170>}. Следует отметить, что Европейская конвенция по правам человека (далее – Конвенция)^{<82>}, провозглашая права и свободы, оперирует преимущественно категорией «каждый человек». В Конвенции практически нет непосредственных отсылок к несовершеннолетним, ввиду чего правовой потенциал данного документа лишь по защите прав детей от жестокого обращения и насилия, безусловно, велик, хотя он и не сразу проявляется в тексте. В толковании положений Конвенции применительно к сфере защиты несовершеннолетних большую роль играет Европейский Суд по правам человека (далее – ЕСПЧ).

Например, в постановлениях ЕСПЧ о нарушении Статьи 3 Конвенции, гарантирующей защиту каждого человека от пыток и бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказания, суд относит детей к категории «уязвимого населения», указывая, что детская уязвимость требует повышенной защиты и бдительности.

Уязвимость ребенка была положена в основу определений ЕСПЧ «минимального уровня жестокости» – т.е. границы жестокого обращения, которая должна быть достигнута в связи с теми или иными событиями. Оценка такого порога, как указал ЕСПЧ, – категория относительная и зависит от всех обстоятельств конкретного дела, таких, как длительность жестокого обращения, характера физического и психического воздействия и, в некоторых случаях, от пола, возраста и степени здоровья пострадавшего^{<126>}.

В целом, как показывает прецедентное право, ЕСПЧ оказался не только способен разработать новые стандарты защиты прав ребенка, но и готов в равной степени опираться на те из них, которые существуют в настоящее время в соответствии с Конвенцией о правах ребенка и сопутствующими документами.

Российское законодательство о насилии и жестоком обращении к детям

Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124 – ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» определяет, что основными целями государственной политики в интересах детей являются:

- осуществление прав детей, предусмотренных Конституцией Российской Федерации;
- недопущение их дискриминации, упрочение основных гарантий прав и законных интересов детей;
- восстановление их прав в случаях нарушений;
- формирование правовых основ гарантий прав ребенка;
- содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей^{<171>}.

Указанные цели предусматривают защиту несовершеннолетнего от всех форм насилия. Однако в законодательстве России нет определений терминов «жестокое обращение с детьми», «насилие в отношении ребенка», хотя сам термин «жестокое обращение» закреплён во многих нормативно-правовых актах. Например, в ст. 1 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»^{<166>} дано определение семьи, находящейся в социально опасном положении. По определению данной нормы – это семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними. В данном определении весьма размыты такие категории как «отрицательное влияние на поведение несовершеннолетних» и «жестокое обращение с ними».

Без правовой определенности в данных вопросах трудно осуществлять защиту прав и законных интересов детей, а также эффективно заниматься профилактикой их безнадзорности и правонарушений^{<28>}.

Впервые термин «жестокое обращение» был закреплен в ст. 59 Кодекса о браке и семье РСФСР, утвержденного Верховным Советом РСФСР в 1969 году^{<147>}. В указанной норме жестокое обращение являлось одним из оснований лишения родительских прав, хотя содержание данной категории не раскрывалось.

В действующем Семейном кодексе РФ также нет определения жестокого обращения. Согласно ст. 69 СК РФ родители могут быть лишены родительских прав, если они жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое или психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность^{<147>}.

Таким образом, насилие в отношении детей по российскому законодательству является частным случаем жестокого обращения. Несмотря на отсутствие в нормативно-правовых актах определений понятий «насилие» и «жестокое обращение», судебная практика такие понятия выработала. Так, в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 14.11.2017 N 44 «О практике применения судами законодательства при разрешении споров, связанных с защитой прав и законных интересов ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью, а также при ограничении или лишении родительских прав»^{<127>} указано, что «жестокое обращение с детьми может выражаться, в частности, в осуществлении родителями физического или психического насилия над ними, в покушении на их половую неприкосновенность».

В другом Постановлении Верховного Суда указано, что «жестокое обращение может проявляться не только в осуществлении родителями физического или психического насилия над ними либо в покушении на их половую неприкосновенность, но и в применении недопустимых способов воспитания (в грубом, пренебрежительном, унижающем человеческое достоинство обращении с детьми, оскорблении или эксплуатации детей)^{<127>}.

Предлагаемые высшими судебными органами страны определения в целом обобщают судебную практику, хотя общепринятого понимания жестокого обращения в правовой доктрине не сложилось.

В российском законодательстве существует несколько видов ответственности лиц, допускающих жестокое обращение с ребенком.

Уголовная ответственность

Статья 156 Уголовного кодекса РФ устанавливает уголовную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего, если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним^{<164>}.

Обобщение изученной судебной практики показывает, что применительно к УК РФ под жестоким обращением понимается причинение несовершеннолетнему особых физических и психических страданий либо наносящих ему психическую травму путем нанесения побоев, причинения легкого вреда здоровью, лишения свободы передвижения, еды, одежды, угроз расправиться и другими способами^{<155>}.

При анализе уголовных дел данной категории, рассмотренных судьями, установлено, что жестокость обращения с несовершеннолетними выразилась:

- в непредоставлении питания;
- в запираии в помещении одного на длительное время;
- в издевательствах и побоях;
- неоказание медицинской помощи при различных видах заболеваний, требующих медицинского вмешательства.

Уголовное законодательство России предусматривает ответственность лиц за все виды физического и сексуального насилия над детьми, а также по ряду статей за психическое насилие и за пренебрежение основными потребностями детей, отсутствие заботы о них.

Например: ст. 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью); ст. 112 (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью); ст. 113 (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта); ст. 115 (умышленное причинение легкого вреда здоровью); ст. 116 (побои); ст. 117 (истязание); ст. 118 (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности); ст. 131 (изнасилование); ст. 132 (насильственные действия сексуального характера); ст. 133 (понууждение к действиям сексуального характера); ст. 134 (половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим четырнадцатилетнего возраста); ст. 135 (развратные действия); ст. 125 (оставление в опасности); ст. 124 (неоказание помощи больному); ст. 156 (неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего); ст. 157 (злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей или нетрудоспособных родителей); ст. 110 (доведение до самоубийства); ст. 119 (угроза убийством или причинение тяжкого вреда здоровью) и другие.

Административная ответственность

Лица, виновные в пренебрежительном отношении к основным потребностям ребенка, не исполняющие обязанности по содержанию и воспитанию несовершеннолетних, подлежат административной ответственности в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (ст. 5.35.)^{<74>}. Рассмотрение дел по указанной статье относится к компетенции комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

КоАП РФ не определяет, что является пренебрежительным отношением к основным потребностям ребенка.

О пренебрежении основными потребностями ребенка следует говорить, если родители и лица, их заменяющие, бездействуют, не оказывают ребенку необходимой эмоциональной поддержки, не уделяют должного внимания его психическому развитию, но поступают так по неосторожности и не стремятся достичь тех или иных воспитательных целей.

Гражданско-правовая ответственность

Жестокое обращение с ребенком может послужить основанием для привлечения родителей (лиц, их заменяющих) к ответственности в соответствии с семейным законодательством.

Например: лишение родительских прав (ст. 69 Семейного кодекса Российской Федерации), ограничение родительских прав (ст. 73 Семейного кодекса Российской Федерации), отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации).

Таким образом, международные правовые акты в сфере защиты несовершеннолетних от жестокого обращения (Декларация прав ребёнка, Конвенция о правах ребенка и пр.) предполагают, что соответствующие определения таких понятий, как «жестокое обращение», насилие в отношении ребенка» должны быть определены национальным законодательством стран, присоединившихся к данным международным документам. Однако в действующем законодательстве России соответствующие определения отсутствуют.

При рассмотрении дел, связанных с лишением или ограничением родительских прав, а также при рассмотрении уголовных дел о преступлениях, посягающих на права несовершеннолетних, суды руководствуются определениями жестокого обращения, данными в постановлениях Верховного Суда РФ, рассматривая насилие над ребенком как частный случай жестокого обращения. При этом общепринятого понимания в российской правовой науке не выработано.

Опираясь на судебную практику и мнение большинства авторов, руководящие постановления высших судебных органов мы полагаем правильным понимать под жестоким обращением с ребенком виновное поведение виновного по отношению к несовершеннолетнему, характеризующееся применением к ребенку физического или психического насилия либо покушением на его половую неприкосновенность, применением недопустимых способов воспитания (грубого, пренебрежительного, унижающего человеческое достоинство обращения с детьми, оскорбления или эксплуатации детей).

РАЗДЕЛ 4.

СИСТЕМА ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ НАСИЛИЯ (ВЕДОМСТВА И ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ, ОРГАНОВ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ, СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО)

Система помощи детям, пострадавшим от насилия, должна начинаться с профилактики и изменения отношения к самому явлению жестокого обращения с детьми. Профилактика насилия и жестокого обращения с детьми строится на трех уровнях.

Первый уровень – это работа с установками по отношению к насилию в обществе в целом, изменение представлений о воспитании и социализации детей. Задача этого уровня – поменять в обществе стереотипы, которые оправдывают саму возможность насилия в отношении детей, например в качестве воспитания. Работа на этом уровне ведется в основном в виде создания правовых и организационных основ для профилактики насильственных форм поведения в отношении детей и подростков, психолого-педагогического просвещения родителей и специалистов, работающих с детьми, а также по созданию условий в обществе, которые обеспечивают нормальное функционирование семьи (отсутствие военных конфликтов, высокий уровень развития экономики, который даёт возможность повышать уровень медицины, образования и воспитания детей в семьях и других институтах социализации ребенка). Психологические программы могут быть направлены на коррекцию личности и поведения как взрослых (родителей и специалистов, работающих с детьми, так и детей).

Второй уровень профилактики – это работа с так называемой «группой риска», где существует потенциал развития насилия в отношении детей. Вероятность развития насилия связывают как с особенностями взрослых (личность, состояние, ситуация), так и с потенциальной виктимностью детей и подростков. Программы профилактики на этом уровне направлены на развитие жизненных навыков, помогающих справиться с трудными жизненными ситуациями (например, снижение агрессивности, умение разрешать конфликты, антибуллинг-программы).

Третичный уровень профилактики проводится с детьми, пережившими насилие, в целях снижения негативных последствий, виктимизации и рецидива. Каждый случай насилия рассматривается индивидуально, по результатам диагностики и оценки ситуации осуществляется разработка программы помощи^{<53>}.

Большинство специалистов указывают на комплексный характер помощи детям, пострадавшим от насилия. В кризисной ситуации, когда выявляется случай жестокого обращения с ребенком, в первую очередь, всегда оказывается медицинская помощь (если нанесены телесные повреждения либо нужна помощь врача-психиатра), затем социальная, юридическая, психологическая и педагогическая помощь.

Осмотр врача необходим не только для оказания первой медицинской помощи, определения характера и степени тяжести повреждений, а также направлений необходимой экстренной медицинской помощи, но и для фиксации состояния ребенка, медицинские показатели которого лягут в основу определения социальной и юридической помощи.

Социальная помощь неразрывно связана с юридической помощью, или лучше сказать, что она опирается и во многом зависит от наличия правовых норм, обеспечивающих помощь ребенку и семье. Например, в тяжелых случаях, когда изоляция ребенка от родителя, который наказывает его и наносит ему телесные повреждения, может спасти ему жизнь, необходимо учитывать наличие (обоснование) юридических оснований для совершения таких действий. Кроме того, социальная помощь нуждается в источниках финансирования материальной базы для осуществления своей деятельности в кризисных случаях. Например, в случаях домашнего насилия (как правило, оно носит комплексный характер: физическое, эмоциональное, сексуальное или пренебрежение нуждами ребенка) необходимо предоставить социальное жильё для временной изоляции от лица, осуществляющего насилие. Многие функции в социальной сфере призваны выполнять органы социальной защиты, опеки и попечительства.

Правоохранительная система, а именно МВД, Следственный комитет, Прокуратура и Суды также стоят на страже интересов ребенка и семьи, руководствуясь действующим законодательством. Следует заметить, что в настоящее время термин «жестокое обращение с детьми» хотя и фигурирует в УК РФ, но содержательно не раскрыт и является по сути психолого-педагогической категорией.

Психологическая помощь при жестком обращении с детьми оказывается в первую очередь детям, родителям (или семье вместе в рамках семейного подхода). Психологическая работа должна проводиться и с человеком, который совершил насилие над ребенком.

Рассмотрим подробнее работу ведомств и организаций, составляющих систему помощи детям, пострадавшим от насилия.

Министерство здравоохранения, чаще всего, раньше других ведомств сталкивается с этой проблемой. Мировая научная общественность признала первенство в привлечении внимания общественности к проблеме жестокого обращения с детьми и насилия именно за врачами после выступления педиатра, доктора Генри Кемпе (H. Kempe) в 1961 году

на ежегодном собрании Американской Академии Педиатрии с последующим опубликованием статьи с соавторами в рецензируемом журнале. Именно после этого выступления был введен термин «Синдром избитого ребенка», или «синдром Сильвермана», по имени одного из соавторов статьи Г. Кемпе. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения уделяет огромное внимание вопросам профилактики и предотвращения насилия и жесткого обращения с детьми, публикуя на страницах своего сайта информационные материалы о программах, направленных на предотвращение данного явления в мире.

ВОЗ предлагает для профилактики жестокого обращения с детьми комплексный подход.

Наиболее эффективными считаются программы, которые поддерживают родителей и прививают позитивные родительские навыки. Они включают:

- посещения родителей и детей на дому медсестрами для поддержки, обучения и просвещения;
- обучение родителей (обычно групповое) навыкам воспитания детей, расширение знаний о развитии ребенка и стимулирование стратегий позитивного обращения с детьми;
- комплексные мероприятия, направленные на поддержку и обучение родителей в деле дошкольного образования и ухода за ребенком.

Также в документах ВОЗ говорится о программах по предотвращению травм головы в результате жестокого обращения («синдром потрясенного ребенка») и нанесение травматических повреждений головного мозга). Обычно эти программы осуществляются на уровне больниц, ориентированы на молодых матерей до их выписки, информируют об опасностях «синдрома потрясенного ребенка» и содержат рекомендации по обращению с «безутешно плачущими детьми».

Третья группа программ направлена на предотвращение сексуального насилия над детьми. Они обычно проводятся в школах и просвещают детей в следующих направлениях: право собственности на свое тело; разница между «хорошими» и «плохими» прикосновениями; как распознавать угрожающие ситуации; как сказать «нет»; как рассказать о сексуальных домогательствах заслуживающему доверие взрослому человеку<sup>⁵¹>.

ВОЗ рекомендует осуществлять программы в рамках подхода в области общественного здравоохранения в четыре этапа:

- 1) определение проблемы;
- 2) определение причин и факторов риска;
- 3) разработка и апробация мероприятий, направленных на минимизацию факторов риска;
- 4) распространение информации об эффективности мероприятий и тиражирование программ, доказавших свою эффективность.

Врач – это специалист, который первым может заметить и зафиксировать факты жестокого обращения и насилия над ребенком в случаях обращения под предлогом «несчастного случая» либо во время профилактического осмотра. Кроме того, работники здравоохранения должны быть осведомлены о способах безопасного уведомления о выявленных фактах жестокого обращения с детьми и насилии. Поэтому осведомленность врачей и медицинских работников различного профиля о диагностических критериях и индикаторах насилия и жестокого обращения с детьми играет ведущую роль.

Исследование, проведенное в 2020 году в Казани, в котором приняла участие 73 педиатра, показало, что с физическим и психологическим видами насилия над детьми встречались 29 (40 %) и 39 (53 %) опрошенных соответственно. Физическое насилие считали самой распространенной формой жестокого обращения 38 (52 %) педиатров. Жестокое/ненадлежащее обращение с ребенком в 33 (45 %) случаях педиатры выявляли в рамках рутинного осмотра. Инициировали разбирательство по каждому случаю физического насилия 20 (28 %) опрошенных, по случаям психологического насилия – 23 (31 %) респондента. Каждый третий педиатр – 23 (31 %) – считает, что существующее законодательство исчерпывающим образом обеспечивает защиту детей, пострадавших от жестокого/ненадлежащего обращения. Вместе с тем 50 (68 %) педиатров расценили собственный уровень осведомленности в обсуждаемой теме как недостаточный. Проведенное исследование продемонстрировало недостаточную компетентность педиатров, прежде всего участковой службы, в вопросах выявления и сопровождения случаев насилия (физического и психологического) над детьми^{<12>}. Это одно из немногочисленных исследований показало, что обучение врачей педиатров вопросам профилактики и помощи детям, подвергшимся насилию и жестокому обращению, требует совершенствования.

Врач, принявший решение о госпитализации ребенка в медицинское учреждение по причине травм, полученных в результате жестокого обращения, после регистрации ребенка должен направить уведомление в правоохранительные органы, в комиссию по делам несовершеннолетних, в органы опеки и попечительства, передав им полномочия по дальнейшей работе со случаем жестокого обращения.

В связи с тем, что в Российской Федерации нет прямого Закона о насилии или жестком обращении с детьми, мы будем опираться на другие нормативно-правовые акты.

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» в п.1 ст. 9 определяет в п. 1, что «органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также несовершеннолетние, их родители или иные законные

представители вправе обратиться в установленном законодательством Российской Федерации порядке в суд с иском о возмещении вреда, причиненного здоровью несовершеннолетнего, его имуществу, и (или) морального вреда». В п.2 этой же статьи говорится о том, что «органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в пределах своей компетенции обязаны обеспечивать соблюдение прав и законных интересов несовершеннолетних, осуществлять их защиту от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, выявлять несовершеннолетних и семьи, находящиеся в социально опасном положении...». Далее определен порядок уведомления различных ведомств (субъектов профилактики) о выявленных случаях:

- 1) орган прокуратуры – о нарушении прав и свобод несовершеннолетних;
 - 2) комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав – о выявленных случаях нарушения прав несовершеннолетних на образование, труд, отдых, жилище и других прав, а также о недостатках в деятельности органов и учреждений, препятствующих предупреждению безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
 - 3) орган опеки и попечительства – о выявлении несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей либо находящихся в обстановке, представляющей угрозу их жизни, здоровью или препятствующей их воспитанию;
 - 4) орган управления социальной защитой населения – о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, а также о выявлении семей, находящихся в социально опасном положении;
 - 5) орган внутренних дел – о выявлении родителей несовершеннолетних или иных их законных представителей и иных лиц, жестоко обращающихся с несовершеннолетними и (или) вовлекающих их в совершение преступления, других противоправных и (или) антиобщественных действий либо склоняющих их к суицидальным действиям или совершающих по отношению к ним другие противоправные деяния, а также о несовершеннолетних, в отношении которых совершены противоправные деяния либо которые совершили правонарушение или антиобщественные действия;
- 5.1 уголовно-исполнительные инспекции – о выявлении состоящих на учете в уголовно-исполнительных инспекциях несовершеннолетних осужденных, нуждающихся в оказании социальной и психологической помощи, помощи в социальной адаптации, трудоустройстве, о выявленных случаях совершения ими правонарушения или антиобщественных действий, нарушения

ими установленных судом запретов и (или) ограничений, уклонения несовершеннолетних осужденных, признанных больными наркоманией, которым предоставлена отсрочка отбывания наказания, от прохождения курса лечения от наркомании, а также медицинской реабилитации либо социальной реабилитации или уклонения несовершеннолетних осужденных от исполнения возложенных на них судом обязанностей;

- 6) орган управления здравоохранением – о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением алкогольной и спиртосодержащей продукции, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ;
- 7) орган, осуществляющий управление в сфере образования – о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с самовольным уходом из организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, образовательных организаций или иных организаций, осуществляющих обучение, либо в связи с прекращением по неуважительным причинам занятий в образовательных организациях;
- 8) орган по делам молодежи – о выявлении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и нуждающихся в этой связи в оказании помощи в организации отдыха, досуга, занятости;
- 9) орган службы занятости – о выявлении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и нуждающихся в этой связи в оказании помощи в трудоустройстве, а также о несовершеннолетних, оставивших образовательную организацию в установленных Федеральным законом от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» случаях и нуждающихся в этой связи в оказании помощи в трудоустройстве.

В п. 3 ст. 56. «Право ребенка на защиту» Семейного кодекса РФ говорится, что «Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка»^{<147>}.

Таким образом, по Российскому законодательству, деятельность органов опеки и попечительства вплотную связана с организацией помощи детям, подвергшимся насилию и жестокому обращению. На них возложена очень непростая задача, которая находится под прицелом общественного мнения и критики – это функция принятия решения об изъятии ребенка из семьи и определения его под опеку государства с возможным (желательным) последующим размещением в другую семью.

Сотрудники органов опеки и попечительства действуют в соответствии с Семейным кодексом Российской Федерации. Согласно ст. 77 СК РФ, они вправе немедленно отобрать ребенка у родителей или же у одного из них, а также у других лиц (опекунов, попечителей). Однако это возможно лишь в случаях непосредственной угрозы жизни и здоровью ребенка (действия, могущие повлечь за собой телесные повреждения, а в некоторых случаях – смерть). Выявить такие обстоятельства можно путем обследования условий жизни, а также воспитания ребенка, претерпевавшего насилие в семье. Для отобрания ребенка должен быть составлен акт органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации или же акт главы муниципального образования (в том случае, если ОМС наделены соответствующими полномочиями по опеке и попечительству). При отобрании ребенка у органа опеки и попечительства появляются важные обязанности: 1) незамедлительное уведомление прокурора; 2) обеспечение ребенку временного устройства; 3) обращение в соответствующий суд с иском о лишении либо об ограничении родительских прав. При этом, сделать это необходимо в течение семи дней с момента вынесения вышеуказанного акта. Таким образом, можно выделить такие основания гражданско-правовой ответственности родителей ребенка или опекающих его взрослых: лишение и ограничение родительских прав, а также отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (статьи 69, 73 и 77 Семейного кодекса РФ соответственно)^{<188>}.

В п. 13 Правил осуществления органами опеки и попечительства проверки условий жизни несовершеннолетних подопечных, соблюдения опекунами или попечителями прав и законных интересов несовершеннолетних подопечных, обеспечения сохранности их имущества, а также выполнения опекунами или попечителями требований к осуществлению своих прав и исполнению своих обязанностей записано, что в случае, если действия опекуна осуществляются с нарушением законодательства Российской Федерации и (или) наносят вред здоровью, физическому, психологическому и нравственному развитию подопечного, а также если выявленные в результате проверки нарушения невозможно устранить без прекращения опеки или попечительства, орган опеки и попечительства в течение 3 дней со дня проведения проверки: а) принимает акт об освобождении опекуна от исполнения возложенных на него обязанностей либо об отстранении его от их исполнения, который направляется опекуну; б) осуществляет меры по временному устройству подопечного (при необходимости); в) принимает решение об устройстве подопечного в другую семью или в организацию для детей-сирот.

В п. 14 тех же правил говорится, что в случае возникновения непосредственной угрозы жизни или здоровью подопечного орган опеки и попечительства вправе немедленно забрать его у опекуна в порядке, установленном семейным законодательством Российской Федерации^{<128>}.

На органы опеки и попечительства также возложены функции подбора, учета и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями несовершеннолетних граждан либо принять детей. Думается, что профилактика жесткого обращения с детьми должна начинаться и на этом этапе.

Учитывая широкий спектр полномочий и обязанностей, которые возложены на органы опеки и попечительства в свете помощи детям, пострадавшим от жесткого обращения, уровень подготовки в этой сфере требует совершенствования. Профессиональный стандарт подготовки специалистов включает в себя формирование таких трудовых функций^{<132>, <148>}.

В осуществлении помощи детям, пострадавшим от насилия, важнейшая роль принадлежит и правоохранительным органам. Министерство внутренних дел, Следственный комитет, Прокуратура и Суды включены в этот процесс.

Рассмотрим функции каждого из ведомств.

Полиция (Министерство внутренних дел) обязана принимать сообщения о случаях жесткого обращения и насилия в отношении детей и реагировать на них в соответствии с имеющимся законодательством Российской Федерации.

Например, на сайте МВД России по Амурской области размещен перечень явных признаков, которые требуют немедленного информирования правоохранительных органов:

- следы побоев, истязаний, другого физического воздействия;
- следы сексуального насилия;
- запущенное состояние детей (педикулез, дистрофия и т.д.);
- отсутствие нормальных условий существования ребенка: антисанитарное состояние жилья, несоблюдение элементарных правил гигиены; отсутствие в доме спальных мест, постельных принадлежностей, одежды, пищи и иных предметов, соответствующих возрастным потребностям детей и необходимых для ухода за ними;
- систематическое пьянство родителей, драки в присутствии ребенка, лишение его сна, ребенка выгоняют из дома.

Если сотрудники органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в процессе исполнения своих должностных обязанностей выявляют у детей перечисленные выше явные признаки жестокого обращения, то они обязаны:

- направить информацию в правоохранительные органы – для привлечения к ответственности лиц, допустивших жестокое обращение;
- направить информацию в органы опеки и попечительства – для решения вопроса о немедленном отобрании ребенка у родителей или других лиц, на попечении которых он находится;
- принять меры по оказанию помощи ребенку^{<142>}.

Сотрудники полиции в таких случаях обычно действуют совместно с работниками опеки и попечительства.

Федеральным законом от 28.12.2010 N 404-ФЗ в ст. 151 УПК РФ введен пункт «г», который говорит о том, что предварительное расследование по уголовным делам о тяжких и особо тяжких преступлениях, совершенных несовершеннолетними и в отношении несовершеннолетних, производится следователями Следственного комитета Российской Федерации. Ввиду этого, все самые трудные дела в отношении несовершеннолетних потерпевших от насилия попадают в Следственный комитет. Этот факт предъявляет высокие требования к следователям, которые ведут подобные уголовные дела в области знания детской психологии, компетенций, связанных с налаживанием отношений с ребенком и с семьей с учетом возрастной психологии. При подготовке следователей в курсе изучения юридической психологии особое значение придается знаниям в области судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе, в том числе в отношении несовершеннолетних, а также психологическим особенностям проведения допроса несовершеннолетнего^{<47>}, ^{<107>}. Несмотря на то, что законодательство РФ предполагает обязательное участие в допросе несовершеннолетнего педагога или психолога (а в случаях, когда речь идет о сексуальных преступлениях в отношении несовершеннолетнего, – психолога) (ст.ст. 191, 425 УПК РФ), необходимо понимать, что допрос проводит следователь, и от его компетенций зависит достоверность показаний ребенка, а также возможность и степень повторной травматизации ребенка при проведении следственных действий.

Ведомства и организации системы образования играют значимую роль в оказании помощи детям, пострадавшим от насилия. Первичным звеном в этой системе по-прежнему остаются учителя, преподаватели и воспитатели различных категорий образовательных учреждений, которые посещают дети. Именно они могут заметить как физические индикаторы насилия, так и свойственные для жертв насилия изменения в поведении, и сообщить о них психологу. Психологическая служба всегда должна быть готова провести диагностику и оказать первичную помощь в кризисной ситуации.

Профессиональный стандарт «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)»^{<131>} предполагает освоение такой трудовой функции, как «Оказание психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления». Дети, потерпевшие от насилия, входят в этот список.

При отсутствии специальной подготовки (специализации) в данной сфере психолог должен иметь контакты с кризисными психологическими службами на своей территории. Функцию управления ситуацией и координации действий в кризисных случаях в системе образования на сегодняшний день выполняет Психолого-педагогический консилиум (в школе), а также Психолого-медико-педагогическая комиссия, которая располагается в специализированных центрах психологической помощи.

Особое внимание руководителей образовательных организаций необходимо уделять созданию доброжелательной атмосферы в школьных коллективах на всех уровнях взаимодействия, профилактике травли и школьного буллинга, который переходит в современных условиях в кибербуллинг. По данным многочисленных исследований, известно, что последствия школьной травли приводят к плачевным результатам в виде школьной агрессии и аутоагрессии детей.

Опыт работы психологов разных ведомств с детьми и родителями в кризисных и чрезвычайных ситуациях привел к необходимости создания специализированных центров экстренной психологической помощи и антикризисных подразделений в психолого-педагогических медико-социальных центрах системы образования.

Л.В. Миллер описывает модель Московской службы экстренной психологической помощи, опираясь на совместный опыт научно-практической работы специалистов Психологического института Российской академии образования, МГППУ, окружных образовательных учреждений г. Москвы, которая включает в себя:

- лабораторию «Психологическая безопасность образовательной среды и психологическое обеспечение деятельности в экстремальных ситуациях» (прежнее название «Научно-практический центр «Психология экстремальных ситуаций» Психологического института РАО»);
- Центр экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета;
- антикризисные окружные и районные подразделения на базе существующих окружных Центров психолого-медико-социального сопровождения;
- школьные антикризисные бригады^{<105>}.

Отдельную роль в оказании помощи детям, пострадавшим от насилия, играет Детский телефон доверия. Работа службы «Детский телефон доверия» с обращениями по поводу нарушений прав детей всегда индивидуальна, но общая стратегия такова:

- После прояснения запроса, выяснения, находится ли в безопасности абонент, – работа по снятию эмоционального напряжения/аффекта, профилактика суицидального поведения.

- Предоставление абоненту информации о возможных путях решения/выхода из создавшейся ситуации.
- Определение совместно с абонентом стратегии дальнейших действий. Задача психолога и юриста – ориентировать абонента на конструктивные формы решения проблемы (в том числе обращение за помощью в правоохранительные органы, социальные, медицинские, психологические службы).
- Предоставление информации об учреждениях и службах, компетентных в решении данной проблемы. В случае, если абонент решил предоставить информацию о себе, консультант службы передает информацию в соответствующие ведомства. (Например, в службу Уполномоченного по правам ребенка по г. Москве)^{<75>}.

Дефициты государственной системы оказания помощи детям, пережившим насилие, во всем мире восполняют социально-ориентированные некоммерческие организации (НКО).

На протяжении более 40 лет международное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми и безнадзорности (ISPCAN) работает над предотвращением и уменьшением негативных последствий жестокого обращения и насилия в отношении детей. Основанная Генри Кемпе в 1977 году, организация ISPCAN является единственной международной некоммерческой организацией, которая объединяет специалистов, работающих в области профилактики и лечения всех форм насилия, жестокого обращения или безнадзорности детей. Члены ISPCAN, имеющие доступ к исследованиям, инструментам и передовой практике, помогают тысячам детей не только пережить безнадзорность и жестокое обращение, но и развиваться и процветать^{<265>}.

В России наибольшую известность в деле помощи детям, пострадавшим от насилия имеет Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. Информация на сайте гласит, что Национальный Фонд – российская некоммерческая организация, учрежденная в 2004 году ведущими российскими специалистами, более 20 лет работавшими с детьми из групп медицинского и социального риска. Миссия фонда – защита прав детей через повышение качества помощи детям и семьям, обеспечение условий нормального развития для каждого ребенка. Приоритеты – содействие государственным органам в решении задачи сокращения сиротства и жестокого обращения с детьми в России, развитие социально ориентированных некоммерческих организаций, институтов гражданского общества и социального партнерства в интересах детей².

В настоящее время активную работу при поддержке государства развернул Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной

² О Фонде. URL: <http://www.sirostvo.ru/rus/about/index.shtml>

ситуации, созданный в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 26 марта 2008 года № 404 «О создании Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». Учредителем Фонда от имени Российской Федерации является Министерство труда и социальной защиты России. Деятельность Фонда направлена на создание нового механизма управления, позволяющего в условиях разделения полномочий между федеральным центром и субъектами Российской Федерации значительно сократить распространенность социального неблагополучия детей и семей с детьми, стимулировать развитие эффективных форм и методов работы с нуждающимися в помощи семьями и детьми³. Фонд наряду с Министерством труда России и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации отвечает за «выявление и тиражирование эффективных социальных практик профилактики жестокого обращения с детьми, реабилитации детей, пострадавших от жестокого обращения и преступных посягательств, снижения агрессивности в детской среде» в свете принятого Плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства на период до 2027 года, утвержденного Распоряжением правительства Российской Федерации от 23 января 2021 г. № 122-р.

Итогом реализации п.116 данного Плана должны быть следующие результаты:

- 1) за период 2021–2024 гг. разработаны и реализованы региональные комплексы мер и проекты муниципальных образований и организаций по развитию региональных систем обеспечения безопасного детства не менее чем в 30 субъектах Российской Федерации; обеспечено развитие региональных социальных служб помощи детям в ситуациях насильственных проявлений и семьям, их воспитывающим, специальных программ выявления случаев насильственных проявлений детьми и по отношению к детям; обеспечена реабилитация несовершеннолетних, пострадавших от жестокого обращения и преступных посягательств, в том числе сексуального характера, и работа с детьми, склонными к суициду; организована работа: по профилактике травли и кибертравли (буллинг и кибербуллинг); по обучению безопасному поведению в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; по выявлению и тиражированию новых инструментов оказания помощи детям в ситуациях насильственных проявлений, в том числе сексуального характера, с использованием инновационного диагностического и реабилитационного оборудования; созданы специализированные комнаты («зеленая комната») для проведения реабилитационных мероприятий с несовершеннолетними и их родителями (законными представителями),

³ О Фонде. URL: <https://www.fond-detyam.ru/o-fonde/>

в том числе опроса и интервьюирования несовершеннолетних в процессе следственных мероприятий (пострадавших несовершеннолетних и несовершеннолетних, ставших свидетелями жестокого обращения с другими детьми);

- 2) за период 2025–2027 гг. не менее чем в 80 субъектах Российской Федерации обеспечена профилактика жестокого обращения с детьми, работа по предотвращению проявления различных видов деструктивного поведения в подростковой среде, а также реабилитация детей – жертв насилия.

Завершая тему, нельзя не сказать об основных проблемах системы помощи детям, пострадавшим от насилия в нашей стране:

- 1) недостаточно проработанная правовая основа осуществления помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения и насилия, которое, в первую очередь, выражается в отсутствии проработанного Закона о насилии и комплекса правовых основ для создания такой системы;
- 2) как следствие первого пункта – отсутствие системы мониторинга и информационно-аналитического обеспечения системы помощи детям – жертвам насилия; отдельная статистика не ведется, её лишь можно приблизительно высчитывать аналитическим путём из общей информации о правонарушениях;
- 3) недостаточно проработанная система критериев оценки детского благополучия и определения жестокого обращения с детьми и насилия в отношении них;
- 4) отсутствие специальной профессиональной подготовки в этой области органов исполнительной власти (опеки и попечительства, социальной защиты, полицейских, сотрудников следственного комитета и судов, сотрудников других ведомств – субъектов профилактики, включенных в защиту интересов детей);
- 5) слабое межведомственное взаимодействие в вопросах помощи детям, пострадавшим от насилия.

Данный перечень не является полным и также требует специальных исследований для его доработки.

РАЗДЕЛ 5. ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ

Медицинские (клинические) последствия. Виды в зависимости от характера насилия и жестокого обращения

Место клинических проявлений среди других последствий насилия и жестокого обращения

Опыт столкновения ребенка с насилием и жестоким обращением – это психотравмирующий фактор, разрушительное действие которого зачастую остается актуальным на протяжении многих лет. Такая травматизация отражается на психическом, физическом здоровье ребенка, его социальном функционировании, развитии всех сфер его психики.

Опираясь на временной критерий, можно выделить *ближайшие* и *отдаленные* последствия насилия и жестокого обращения. Ближайшие последствия представлены острыми психическими и/или физическими изменениями, возникающими в первые часы/дни после психотравмирующего эпизода (или в самом начале психотравмирующего периода, если ребенок подвергся насилию или жестокому обращению в течение длительного времени). Отдаленные же последствия формируются постепенно, в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. Они могут перерасти в хроническую патологию, отразиться на формировании личности, нарушить социальную адаптацию, помешать успешному обучению. Среди отдаленных последствий есть и такие, которые формируются по прошествии латентного периода, то есть отсроченно.

Другая классификация основана на дифференциации *облигатных* (неизбежных, наиболее стойких и выраженных) и *факультативных* (зависящих от возраста, условий жизни ребенка и иных обстоятельств) последствий. Примерами облигатных последствий могут служить расстройства влечений, аффективной сферы, нарушения хода личностного развития. Факультативные последствия обычно выступают в форме задержки психического развития и невротических расстройств (а последние, в свою очередь, могут протекать с преобладанием астенической, тревожной, соматовегетативной или иных составляющих). Если факультативные последствия сравнительно легко поддаются лечению и психолого-педагогической коррекции, то облигатные отличаются большей устойчивостью и серьезно снижают адаптивные возможности ребенка.

Насилие и жестокое обращение с детьми оказывают психотравмирующее воздействие на еще не вполне сформировавшуюся психику, а потому процессы переживания и преодоления этой травмы следует

рассматривать как находящиеся в двусторонней связи с развитием ребенка. Это соображение приводит нас к третьей классификации, позволяющей различать так называемые *симптомы болезни*, *симптомы дизонтогенеза* и «*возрастные*» *симптомы*. Имея своим источником труды детских психиатров, приведенные термины нашли широкое применение в психологии аномального развития, специальной психологии, детской патопсихологии. Рассмотрим эти симптомы подробнее.

Симптомы болезни отражают роль насилия и жестокого обращения как патогенных факторов, обуславливающих нарушения психического здоровья ребенка. Они могут полностью соответствовать диагностическим критериям определенного расстройства (например, ПТСР), а могут оставаться на субклиническом уровне. В последнем случае наблюдаются лишь отдельные болезненные проявления, недостаточно отчетливые и выраженные для постановки официального диагноза, но позволяющие отнести ребенка к группе особого внимания. Негативное влияние насилия и жестокого обращения на психическое развитие находит свое выражение в *симптомах дизонтогенеза*. Чаще всего здесь наблюдается картина дисгармоничного или задержанного психического развития; оба варианта дизонтогенеза относятся к проблемному полю не только психологии, но и психиатрии, и имеют общепринятые критерии клинической диагностики. Наконец, «*возрастные*» *симптомы* отражают реакцию на психотравмирующее воздействие, типичную для определенного периода психического развития. Их специфика принципиально определяется уровнем зрелости психики и практически не зависит от характера пережитого ребенком насилия или жестокого обращения.

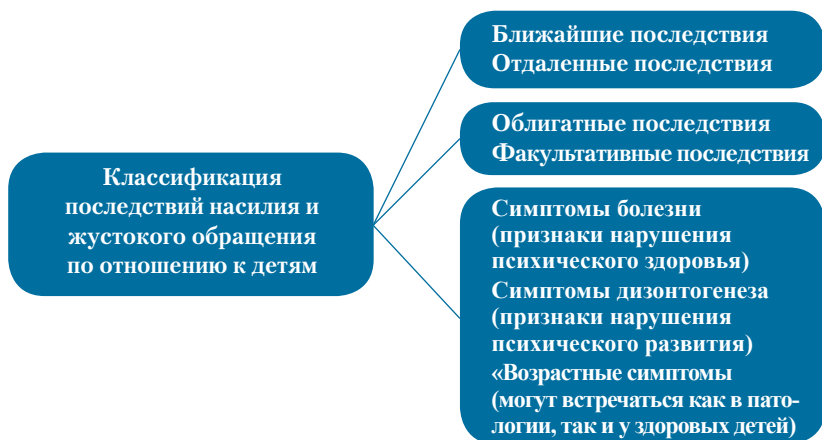


Рис. 3. Некоторые классификации последствий насилия и жестокого обращения по отношению к детям

Таким образом, мы видим, что последствия насилия и жестокого обращения в отношении детей отличаются разнородностью и разнообразием. В зависимости от того, какими теоретическими соображениями мы руководствуемся и какие практические цели преследуем, такие последствия можно классифицировать по нескольким основаниям. Примеры возможных классификаций схематично представлены на рис. 3.

Описывая последствия насилия и жестокого обращения, мы возьмем за основу последнюю классификацию. Симптомы болезни и дигнозогенеза при этом будут рассмотрены в совокупности, поскольку их преодоление требует не только психолого-педагогических усилий, но и обязательного участия врача-психиатра, а иногда и других врачей. К «возрастным» же симптомам мы перейдем в параграфе, посвященном психологическим последствиям насилия и жестокого обращения, поскольку они могут наблюдаться и в отсутствие нарушений психического здоровья и/или развития (то есть у практически здоровых детей).

Патогенное влияние насилия и жестокого обращения на психическое здоровье и психическое развитие ребенка: общая характеристика

Постановка клинического диагноза, лечение и медицинская реабилитация являются прерогативой врачей и осуществляются в учреждениях системы здравоохранения. Однако многие клинические последствия насилия и жестокого обращения одновременно выступают важными идентификационными признаками, что делает их изучение необходимым для психологов, педагогов, социальных работников. Кроме того, специалистам немедицинского профиля следует учитывать наличие у ребенка того или иного заболевания (постольку, поскольку информация об этом представлена в медицинской документации) для более правильного планирования и оказания необходимой помощи. Нельзя пренебрегать и тем, что нередко врач-психиатр оказывается далеко не первым специалистом, в поле зрения которого попадает пострадавший ребенок. Это соображение призывает представителей смежных специальностей к известной психиатрической настороженности, предполагающей умение вовремя заметить признаки возможных нарушений психического здоровья и способствовать тому, чтобы ребенок получил помощь профильного специалиста.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра описывает синдром жестокого обращения (шифр Т74) как *действие либо бездействие родителей, опекунов, воспитателей, причиняющее вред здоровью, психическому состоянию ребенка*. Указано, что данный синдром проявляется психологическим, физическим, сексуальным насилием, пренебрежением, игнорированием потребностей ребенка, а также его эксплуатацией в корыстных целях. Среди последствий синдрома названы

нарушения развития, возникновение психических расстройств, ухудшение здоровья, социальная дезадаптация. Рубрика Т74 включает коды:

- Т74.0 (оставление без внимания или заброшенность);
- Т74.1 (физическая жестокость);
- Т74.2 (сексуальная жестокость);
- Т74.3 (психологическая жестокость);
- Т74.8 (другие симптомы жестокого обращения);
- Т74.9 (синдром неуточненного жестокого обращения).

Учитывая направленность данного учебно-методического комплекса, остановимся на тех клинических последствиях, которые относятся к сферам психического здоровья и психического развития ребенка. Выявление, оценка и преодоление клинических последствий осложняются обычно тем, что к моменту столкновения с насилием и жестоким обращением ребенок может быть здоров, но может и иметь какую-либо психическую патологию, развившуюся ранее. Изначально психически здоровые дети могут отреагировать на травму насилия и жестокого обращения формированием как временной дезадаптации без каких-либо психопатологических проявлений, так и возникновением более или менее стойких нарушений психического здоровья/развития. Посттравматические психические расстройства, возникающие в подобных случаях, с большой вероятностью будут иметь классическую клиническую картину. Дети, уже имевшие какие-либо нарушения психического здоровья к моменту столкновения с насилием и жестоким обращением, могут отреагировать на психическую травматизацию как изменениями клинической картины первоначального заболевания, так и посттравматическими нарушениями. Однако при этом в зависимости от особенностей первоначального заболевания его проявления способны искажаться или просто усугубляться, а симптомы посттравматики – приобретать порой очень нетипичные и неожиданные очертания.

Дети с нарушениями психического здоровья или развития вообще принадлежат к одной из самых серьезных групп риска по насилию и жестокому обращению (как внутри, так и вне семьи). Их воспитание предъявляет к близким взрослым высокие, зачастую непосильные требования, что повышает вероятность срыва адаптации, «родительского выгорания». Немалую роль в появлении жестокого обращения по отношению к «особенным» детям играют стигматизация психически больных и их семей, самостигматизация родителей и стигматизация ими своих детей. Часто события, предшествующие появлению жестокого обращения, складываются следующим образом. В первые месяцы/годы жизни «особого» ребенка его родители демонстрируют гиперопеку, гиперпротекцию, излишне концентрируются на имеющихся проблемах, что значительно снижает уровень активности и самостоятельности малыша; возможна здесь также общая неустойчивость, противоречивость

стиля воспитания. Однако такое положение вещей сохраняется лишь до тех пор, пока ситуацию удастся удерживать в семейных пределах, то есть до возникновения необходимости в стационарном лечении. Госпитализация ребенка в психиатрический стационар (вне зависимости от диагноза) порождает у близких взрослых растерянность, эмоциональное напряжение, стремление снизить уровень собственной ответственности в сочетании с недоверием к врачам, неточностью и фрагментарностью представлений о сущности заболевания. Испытывая раздражение и нетерпимость по отношению к проявлениям имеющегося расстройства, родители постепенно формируют стратегию эмоционального отвержения, негативной оценки характера и личности ребенка и, наконец, жестокого обращения.

Насилию и жестокому обращению подвергаются и дети, не имеющие психиатрических диагнозов, однако обладающие особой психоэмоциональной хрупкостью, которую в психиатрии называют *психопатологическим диатезом*. Содержание этого термина раскрывают обычно как нервно-психические особенности субклинического уровня, которые определяют недостаточность адаптационного и компенсационного потенциала. Обладатели таких особенностей обнаруживают повышенную уязвимость к социально-средовым факторам и легко могут продемонстрировать патологическую реакцию на них, перейдя границу между здоровьем и болезнью. Диатез имеет важное отличие от акцентуации характера, определяя сверхчувствительность не к конкретному виду ситуаций, а к широкому их кругу (то есть, иными словами, к самому факту воздействия вне зависимости от его содержания). Таким образом, у обладателей диатеза возможен дезадаптивный ответ на самые разнообразные формы насилия и жестокого обращения. Синонимом термина «психопатологический диатез» в современной психиатрической литературе выступает понятие «психической предпатологии» (субнормы, предболезни).

Возвращаясь к клиническим последствиям насилия и жестокого обращения, разделим их по временному критерию на психопатологические «реакции», «состояния» и «развития» (рис. 4.).

«Реакции» и «состояния» можно рассматривать как закономерные сочетания симптомов болезни, «развития» же – как совокупность симптомов дизонтогенеза (все варианты которого, как мы уже говорили, нашли отражение в психиатрических классификационных стандартах и потому должны быть отнесены к клиническим последствиям).

Формирование, течение и исход детской посттравматической гораздо более сложны и менее предсказуемы в сравнении с типичной «взрослой» картиной. Особенно существенную специфику имеет «временная формула» детской посттравматической, то есть момент возникновения и последовательность появления/исчезновения симптомов: так, например, признаки

острого стрессового расстройства у детей могут сохраняться не до 48 часов, как это обычно бывает у взрослых, а гораздо дольше. Значительную прогностическую роль следует отводить не столько тяжести психотравмирующего воздействия, сколько особенностям его субъективного восприятия, переживания ребенком. В детской популяции нередки и отсроченные посттравматические нарушения; примерно 75 % детей и подростков ощущают симптомы посттравматики лишь через 6–18 месяцев после случившегося, а в ряде случаев латентный период может достигать десятилетий. Адекватную оценку последствий психической травматизации у детей осложняет и то, что ребенок не всегда обладает достаточной когнитивной зрелостью и рефлексией для того, чтобы связать травматический опыт с его психологическими последствиями.

| «Реакции» (несколько часов/дней) | «Состояния» (несколько недель/месяцев) | «Развития» (несколько месяцев/лет) |
|--|--|---|
| Острое стрессовое расстройство Невротические реакции Психосоматические реакции | Расстройства адаптации ПТСР Невротическое состояние Функциональные психосоматические расстройства | Дисгармоничное психическое развитие (расстройства личности, невропатии, отклонения темпа полового созревания и патологическое формирование личности) Задержанное психическое развитие Невротические развития Психосоматические заболевания (психосоматозы) |

Рис. 4. Медицинские последствия насилия и жестокого обращения для психического здоровья ребенка

Симптомы болезни: психопатологические «реакции» и «состояния»

Психофизиологические механизмы формирования психопатологических «реакций» и «состояний», возникающих в ответ на насилие и жестокое обращение, хорошо известны. Чрезвычайно важную роль здесь играют нейромедиаторные нарушения, при определенных условиях приводящие к хронической дизрегуляции мозговых структур диэнцефально-лимбического уровня. Прогностически неблагоприятны такие факторы, как невозможность или задержка отреагирования травматических переживаний (что очень типично для ситуаций жестокого

обращения и насилия). Состояние травмированного ребенка окрашивается выраженной эмоционально-вегетативной лабильностью, склонностью к непредсказуемым, трудно контролируемым аффективным реакциям. Хаотичная деятельность «несдерживаемой подкорки» делает пострадавшего поведенчески «трудным» и в перспективе может привести к выраженной социальной дезадаптации. При длительном насилии и жестоком обращении дисфункциональными оказываются и нижележащие структуры головного мозга, что особенно вероятно при астенической конституции ребенка и соматоневрологической отягощенности анамнеза. В таких случаях приоритетными в клинической картине становятся общая вялость, высокая утомляемость, нарушение биоритмов, снижение иммунитета. В процессе диагностики обнаруживаются существенное снижение и/или нестойкость показателей внимания и памяти, недостаточная умственная работоспособность. Если опыт насилия был длительным и психотравмирующее воздействие приобрело истощающий характер, возможны вторичные проблемы, обусловленные хроническим энергетическим «обкрадыванием» корковых структур; в результате этого начинают страдать высшие уровни психической деятельности, что сказывается на поведении, общении, формировании личности, успешности в овладении различными школьными дисциплинами. Вне зависимости от того, какие структуры мозга оказались вовлеченными в посттравматический процесс, высоковероятно формирование у пострадавшего ребенка предрасположенности к соматоформным расстройствам и психосоматическим заболеваниям.

Психопатологические «реакции» формируются в ответ на кратковременные, но интенсивные психотравмирующие воздействия (например, изнасилование, избиение). Соответствующие симптомы возникают буквально в первые минуты после случившегося и сохраняются обычно в течение нескольких часов/дней. Клиническая картина носит неразвернутый, фрагментарный характер и в основном отражает универсальные закономерности реагирования организма и психики на угрожающие обстоятельства, поэтому здесь не приходится говорить о большом разнообразии симптомов. Классическим примером может служить *острая реакция на стресс* или, иначе, острое стрессовое расстройство (здесь и далее – ОСР). ОСР особенно часто наступает после сексуального насилия, в целом же ему подвержены до 50–80 % детей, перенесших тяжелую психическую травму. Чаще всего наблюдается аффективно-шоковый вариант, проявляющийся следующими симптомами:

- панический страх;
- растерянность, ощущение нереальности событий;
- сужение или помутнение сознания;
- психомоторное возбуждение, «двигательная буря» (при гиперкинетической форме) или заторможенность, апатия, мутизм (при гипокINETической форме);

- вегетативные расстройства (головокружение, тошнота, рвота и т.д.);
- в некоторых случаях – амнезия на сам эпизод насилия и/или события, происходившие перед ним или сразу после него.

У детей, ранее перенесших те или иные поражения головного мозга (например, родовую травму), физически ослабленных, чувствительных, эмоционально неустойчивых клинические проявления ОСР могут сохраняться в течение нескольких дней и даже недель. В остальных случаях первоначальные симптомы сменяются спустя несколько часов менее выраженными эмоциональными и поведенческими нарушениями, которые рассматриваются в психиатрии уже не как «реакции», а как «состояния». Надо отметить при этом, что у изначально психически здоровых детей и подростков ОСР встречается несколько чаще, чем у тех, кто уже имел проблемы с психическим здоровьем до столкновения с насилием.

Причинами формирования **психопатологических «состояний»** могут быть как однократные, так и систематически повторяющиеся или пролонгированные психические травмы (например, жизнь в условиях жестокого обращения в семье). «Состояния» могут сохраняться до нескольких месяцев и имеют довольно разнообразные клинические проявления по типу эмоциональных и поведенческих расстройств. Характер, степень выраженности и последовательность возникновения симптомов зависят от многих факторов – характера, личности, темперамента ребенка, состояния его физического здоровья, и, разумеется, от объективной жизненной ситуации.

В качестве наиболее распространенного примера психопатологических «состояний», возникающих в ответ на насилие и жестокое обращение, приведем *расстройства адаптации*. Общей их особенностью является то, что они делают ребенка менее приспособленным к условиям среды (например, к учебным требованиям или ситуации, складывающейся в общении со сверстниками) и к изменениям собственного внутреннего мира. Становясь психологически уязвимым, недостаточно устойчивым и гибким в условиях естественных жизненных перемен, ребенок может приобрести как эмоциональные, так и поведенческие проблемы. Например, его состояние может стать депрессивным, тревожным, агрессивным, могут сформироваться навязчивости, расстройства пищевого поведения и т.д. В дошкольном и младшем школьном возрасте преобладают депрессивные симптомы (возможно, в тревожно-депрессивном, астено-депрессивном варианте, с психосоматическими составляющими и т.п.). Группу особого риска по возникновению таких расстройств адаптации составляют соматически ослабленные, эмоционально уязвимые пострадавшие, в основном – девочки. С возрастом спектр возможных психопатологических проявлений дополняется дисфорией, агрессией, расстройствами пищевого поведения, аддиктивным поведением, бродяжничеством, причем клиническая картина у пациентов разного пола становится сопоставимой.

Еще одним важным примером «состояний» является ПТСР – *посттравматическое стрессовое расстройство*, вероятность возникновения которого у детей, перенесших тяжелую психическую травму, составляет примерно 70 %. Первые его симптомы можно наблюдать уже в первые дни после однократной психической травмы (например, после изнасилования) или начала продолжительной психотравмирующей ситуации, а спустя 3–4 недели клинические проявления становятся совершенно отчетливыми, достигая пика своей выраженности. У взрослых пострадавших, как правило, наблюдается более позднее формирование клинической картины, поскольку разрядка в виде дрожи, плача и других проявлений встречает социальные ограничения. Вынужденный сдерживать свои эмоции, взрослый не может израсходовать избыток адреналина и кортизола, в результате чего в структурах «эмоционального мозга» создается тлеющий очаг возбуждения, и это повышает вероятность затяжного течения ПТСР (в том числе, с последующим формированием психосоматических расстройств, о которых будет сказано далее).

Классические проявления ПТСР представлены симптомами вторжения (интрузии, фиксации), избегания (вытеснения) и возбудимости (повышенной физиологической реактивности), что отражено на рис. 5. Удельный вес этих симптомов у пострадавших неодинаков. Преобладание вторжения на фоне ярких эмоциональных реакций считается прогностически более благоприятным в сравнении с вариантами, при которых на первый план выступает избегание, а состояние ребенка характеризуется эмоциональной притупленностью, вялостью, апатией.

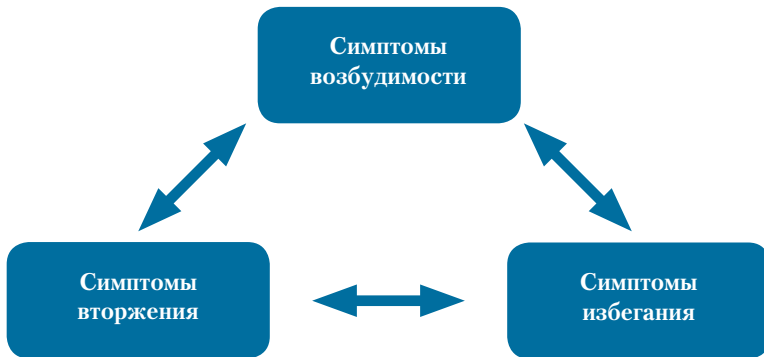


Рис. 5. Структура симптомов ПТСР

К симптомам *вторжения* относятся навязчивые воспоминания о случившемся, флешбэки, а также кошмарные сновидения, которые могут содержать буквальное воспроизведение психотравмирующих событий или отражать их в более отдаленных сюжетах и образах.

Последнее характерно скорее для детей, чем для подростков или пострадавших юношеского возраста; чем младше ребенок, тем более вероятно, что опыт психической травматизации будет представлен в сновидениях не напрямую (однако эмоциональную, чувственную его взаимосвязь с реальными событиями всегда можно будет проследить). К специфически «детским» симптомам вторжения относятся и игры, воспроизводящие психотравмирующие обстоятельства; отчетливые следы пережитого можно увидеть в сюжетах, высказываниях персонажей, выборе игрушек и т.д. Важно, что игра становится для ребенка способом спонтанной психологической самопомощи, помогая отреагировать травматические переживания и тем самым снижая вероятность последующей соматизации.

В число симптомов *избегания* входят стремление отгородиться от разговоров и впечатлений, напоминающих о психотравмирующем событии, страх перед посещением соответствующих мест, боязнь определенного времени суток – например, сумерек, ночи. Элемент избегания есть и в бессоннице, которая формируется у некоторых пострадавших, ведь ее можно рассматривать как проявление страха перед ночными кошмарами. Крайнюю степень выраженности симптомов избегания можно видеть на примере амнезии, «стирающей» из памяти ребенка само психотравмирующее событие, период времени до/после него или лишь отдельные детали.

Наконец, симптомы *возбудимости* представлены разнообразными физиологическими реакциями на ситуации, которые ассоциируются с травмой (здесь могут возникать сердцебиение, головокружение, ощущение «ватных ног», холодный пот, тошнота и т.д.), постоянной настороженностью, нарушениями сна. Выраженность подобных клинических проявлений находится в прямой связи с остротой симптомов предыдущих двух групп. В некотором смысле возбудимость можно трактовать как физиологическое следствие, соматизацию конфликта между вторжением и избеганием.

В составе психопатологических «реакций» и «состояний» могут присутствовать также невротические расстройства и нарушения психосоматической сферы.

Специфика *детских неврозов* определяется следующими характеристиками: преобладание страхов, соматовегетативных и двигательных расстройств, соответствующих особенностям конкретного сензитивного периода; однообразие симптоматики, особенно в раннем и дошкольном возрасте. Невротические реакции свойственны в основном дошкольникам и младшим школьникам, но при сохранении тяжелой жизненной ситуации они могут закрепляться в невротических состояниях.

Нарушения психосоматической сферы часто развиваются на фоне ПТСР и особенно вероятны при наличии выраженных симптомов

возбудимости в его структуре. В первые дни после острой психической травмы или в начале продолжительного психотравмирующего воздействия возникают психосоматические реакции, носящие яркий, клинически отчетливый характер (плач, головокружение, рвота). Позднее формируются нарушения по типу «состояний» – так называемые функциональные психосоматические нарушения, характеризующиеся наличием соматических проблем при отсутствии или недостаточности объективных органических факторов. Это означает, что симптомы (например, запоры, кожный зуд, невротический кашель) сохраняются в течение недель и даже месяцев, однако врачебные обследования не выявляют изменений функционирования организма, которые могли бы послужить достаточно убедительным объяснением имеющейся клинической картины. Более того, до 40 % детей с функциональными психосоматическими нарушениями вообще не имеют отклонений в работе тех или иных систем организма. Как правило, в структуре жалоб здесь лидируют боли в области головы и живота, далее следуют боли в конечностях и лишь затем прочие симптомы. Важной особенностью функциональных психосоматических нарушений является необычность течения, зачисляющего в первую очередь, от жизненных обстоятельств (например, интенсификации проявлений насилия в семье), а иногда и от сезона.

Симптомы дизонтогенеза: психопатологические «развития»

Что касается **психопатологических «развитий»**, то они возникают обычно на фоне наиболее длительных психических травм и патологически окрашивают формирование личности ребенка в долгосрочной перспективе. Таким образом, их появление наиболее вероятно, если ребенок подвергается насилию и жестокому обращению постоянно. Ведущую роль среди факторов, определяющих особенности «развития» в каждом конкретном случае, играют изначальные индивидуально-психологические особенности ребенка.

К группе «развитий» относятся:

- расстройства личности;
- невропатии;
- отклонения темпа полового созревания;
- патологическое формирование личности.

В детской патопсихологии перечисленные нарушения объединяют под названием дисгармоничного психического развития. Первично оно обусловлено асинхронией развития элементарных и высших эмоций, тогда как нарушения в познавательной, речевой, моторной сфере являются вторичными и выражены, как правило, в меньшей степени.

Расстройства личности – это патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие

собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни. Такие расстройства не имеют тенденции к прогрессированию, не вызывают продуктивной психопатологической симптоматики (то есть, например, бреда или галлюцинаций) и не приводят к расстройствам мышления. Стабильность проявлений в течение многих лет, тотальность охвата всех сфер функционирования человека и наличие социальной дезадаптации отличают расстройства личности от акцентуаций характера. Расстройства личности, имеющие преимущественно врожденную природу, раньше называли ядерными психопатиями (этот термин иногда можно встретить и у современных авторов), а те, которые формируются под воздействием социальной среды, – краевыми. Главную роль в происхождении расстройств личности специалисты отводят все же конституционально-генетическим и органическим факторам, но неблагоприятные социально-психологические воздействия, к числу которых мы относим насилие и жестокое обращение, также должны быть приняты во внимание.

Расстройства личности обычно отчетливо заявляют о себе в подростково-юношеском возрасте. Если в 11–15 лет на первый план выступают лабильность эмоций и неуравновешенность поведения, то позднее поведенческие реакции становятся менее острыми, однако в клинической картине появляется так называемая метафизическая интоксикация – погруженность в вопросы мировоззрения, обостренный интерес к философским, политическим, религиозным течениям на фоне болезненной рефлексии. Распространенность расстройств личности неравномерна: чаще всего встречаются и при этом оказываются наиболее устойчивыми истерический и возбужденный типы. Существует и половая специфика. У девушек и женщин преобладают истерический и зависимый типы, тогда как в мужской части популяции чаще встречаются диссоциальные и обсессивно-компульсивные типы.

Невропатии представляют собой особый вид аномалий эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью вегетативной регуляции. Соответственно, речь идет о преимущественно биологической детерминации, и среди патогенных факторов нужно искать либо генетическую предрасположенность, либо очень ранние (в том числе, пренатальные) поражения головного мозга. Постоянный вегетативно-обусловленный дискомфорт создает пониженный фон настроения, раздражительность, склонность к страхам, ранимость. С возрастом невропатические особенности обычно сглаживаются, однако в неблагоприятных социально-средовых условиях они образуют основу для формирования расстройств личности.

Отклонения темпа полового созревания этиологически близки к невропатиям, поскольку в их основе также лежат нарушения вегетативно-эндокринной регуляции (имеющие, в свою очередь, генетическую

или экзогенно-органическую природу). *Задержка полового развития* обычно сочетается с недоразвитием общей и мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы. Нередко таким детям присущи излишняя полнота, неуклюжесть, повышенная *внушаемость*. В отличие от задержки психического развития здесь выявляются компенсаторная многоречивость, склонность к резонерству, а также частые невротические реакции, особенно при конфликтах со сверстниками. Противоположные особенности можно наблюдать при *ускоренном половом развитии*. Таким детям свойственны «односторонняя взрослость интересов» с ранним пробуждением сексуальности и иных (нередко – агрессивных) влечений, а также аффективная возбудимость и неустойчивость. На фоне органической незрелости интеллекта и общей примитивности желание как можно быстрее повзрослеть оказывается неосуществимым, что приводит к формированию асоциального поведения и/или патологического формирования личности.

Патологическое (патохарактерологическое) формирование личности по своим проявлениям сходно с расстройствами личности, однако отличается от них тем, что имеет преимущественно социально-средовую этиологию. Таким образом, причины патологического формирования личности следует искать не в наследственности или каких-либо поражениях ЦНС, а в неблагоприятных условиях воспитания или в длительном психотравмирующем воздействии (например, связанном с насилием и жестоким обращением). Надо отметить, что незрелость психики ребенка обуславливает настолько высокую его подверженность неблагоприятным воздействиям среды, что затронутым могут оказаться не только мотивационно-смысловые компоненты структуры личности, но и индивидуальные свойства (вплоть до темперамента).

Поведенческие и эмоционально-личностные последствия насилия и жестокого обращения, имеющие клиническую значимость, изучены подробнее, чем его разрушительное влияние на познавательную сферу. Специальных исследований интеллектуального развития детей, воспитывающихся в подобных условиях, пока немного. Однако имеющиеся данные ясно говорят о том, что опыт переживания насилия и жестокого обращения не только препятствует успешному обучению по отдельным предметам, но и снижает показатели интеллектуального потенциала в целом. В связи с этим среди возможных психопатологических «развитий» у детей, подвергшихся насилию и жестокому обращению, необходимо назвать *задержанное психическое развитие* (ЗПР). Оно представляет собой недостаточность уровня развития отдельных психических функций по сравнению со средненормативными показателями. Ребенок с ЗПР менее успешно по сравнению со сверстниками усваивает школьные навыки (чтение, письмо и т.д.), он может быть инфантилен, возбудим, эмоционально неустойчив, утомляем. Экспертная практика

показывает, что наличие когнитивных нарушений не только мешает понимать социальное и личностное значение произошедшего, но и снижает аффективный и поведенческий отклик на ситуацию сексуального насилия. У потерпевших, не имеющих значительных расстройств памяти, мышления, критических и прогностических способностей, сексуальное насилие приводит к развитию психогений, а также истощаемости, раздражительности, тревожности, растерянности, чувства вины.

Описывая психопатологические «реакции» и «состояния», мы указывали, что в их состав могут входить некоторые невротические расстройства и нарушения психосоматической сферы. Это справедливо и для психопатологических «развитий», которые являются предметом нашего рассмотрения сейчас.

Невротическое развитие личности формируется как результат длительного пребывания в условиях насилия и жестокого обращения и приобретает клиническую отчетливость после 14–16 лет. Анализ анамнеза показывает обычно, что ранее (при первых столкновениях с насилием) у подростка наблюдались невротические реакции и состояния. По структуре подростковые расстройства невротического уровня характеризуются сложностью сочетания разных клинических проявлений (тревожно-фобических, неврастенических, диссоциативных, соматоформных) и высоким риском социальной дезадаптации, проявляющейся как в условиях школы, так и вне ее.

Нарушения психосоматической сферы по типу «развитий» представлены разнообразными психосоматическими заболеваниями (психосоматозами). Если ребенок, подвергающийся насилию и жестокому обращению, не получает помощи и жизненная ситуация не меняется к лучшему, впоследствии могут развиваться психосоматические заболевания (психосоматозы): язва желудка, бронхиальная астма, диабет, ревматоидный артрит и т.д. Их органическая основа подтверждается данными объективных исследований, а течение оказывается клинически типичным, то есть таким же, как и при непсихогенных заболеваниях. У детей раннего и дошкольного возраста чаще всего встречаются психосоматические заболевания пищеварительной системы, а у подростков – сердечно-сосудистой.

Клинические последствия отдельных видов насилия и жестокого обращения. Последствия сексуального насилия

Детский опыт сексуального насилия рассматривается как главный неспецифический фактор риска развития психопатологии, структура и динамика которой отвечает закономерностям, описанным выше. Например, непосредственно в ситуации насилия у большинства потерпевших фиксируются симптомы острой реакции на стресс, впоследствии же возникают разнообразные эмоциональные и поведенческие расстройства, а также ПТСР.

Следует различать последствия сексуального насилия, произошедшего внутри и вне семьи. *Внутрисемейное сексуальное насилие* редко сопровождается применением физической силы; основную роль здесь играет манипулирование ребенком путем запугивания, обмана, шантажа. При вовлечении в сексуальные отношения взрослый использует неосведомленность, доверчивость ребенка, его зависимость, а также естественную потребность в признании, внимании, любви. Испытывая противоречивые чувства, ребенок может в течение долгого времени скрывать, преуменьшать насилие или вовсе не воспринимать его как таковое, принимая за норму. Оценивая последствия такого насилия, важно учитывать и то, что даже дети, которые правильно понимают и оценивают происходящее, далеко не всегда имеют возможность обратиться за помощью и получить ее. Острые реакции на первые эпизоды внутрисемейного сексуального насилия чаще всего приходится исследовать ретроспективно.

В раннем и дошкольном возрасте в клинической картине реагирования на внутрисемейное сексуальное насилие преобладают субдепрессивные симптомы, нарушения сна и аппетита, плаксивость, капризность, поведенческий регресс. Отдаленные последствия представлены поведенческими нарушениями по типу конфликтности и агрессивности, аффективными расстройствами, а также задержкой психофизического развития. Сексуализация поведения, первоначально имеющая лишь эпизодические проявления, со временем закрепляется, разворачиваясь в диапазоне от обострения интереса к соответствующей тематике до нарушений половой идентификации и попыток вовлечения в сексуальные отношения других лиц, причем не только сверстников или более младших детей, но и взрослых. Среди менее специфичных отдаленных последствий внутрисемейного сексуального насилия можно назвать поведенческие расстройства с дромоманией, аутодеструктивным поведением, дисморфофобией и дисморфоманией, неврозоподобные проявления с обсессивно-компульсивной и соматоформной симптоматикой. Клиническая характеристика личностной сферы в таких случаях описывается как патохарактерологическое формирование личности мозаичного типа. В совокупности формирующиеся нарушения приводят к существенной социальной *дезадаптации*, что проявляется как в сфере коммуникации со сверстниками и старшими, так и в обучении.

Внесемейное сексуальное насилие чаще оказывается однократным, и потому особую значимость здесь приобретает изучение острых реакций. Особенно они вероятны при неожиданных нападениях, переживании нескольких форм сексуального насилия одновременно, а также в случаях сочетания сексуального насилия с физическим. В структуре ОСР преобладают непсихотические проявления по гипокинетическому типу; возможна последующая амнезия. В первые дни после

случившегося формируются тревожно-депрессивные симптомы, страхи, плаксивость, навязчивости по типу частого мытья. Среди симптомов, типичных для детей раннего и дошкольного возраста, на первый план выступают реакции эмоционального возбуждения, истерические проявления с соматовегетативными расстройствами, нередки и астено-депрессивные реакции. В отдаленном периоде наблюдаются регрессивные проявления, двигательные стереотипии, гипердинамия, диффузные страхи или очерченные тревожно-фобические реакции, пролонгированные (до полугода) депрессивные реакции. У школьников и особенно у подростков вероятно дальнейшее развитие ПТСР с нарушениями сна, непрошеными воспоминаниями и мыслями о случившемся, избеганием разговоров и ситуаций, напоминающих о травме. Формируется устойчивый страх не только перед людьми, могущими каким-то образом напоминать насильника, но нередко и вообще перед любыми социальными контактами. Кажутся пугающими места, похожие на место совершения преступления (подъезд, парк, темная улица), что также порождает специфическое избегающее поведение. Возможны соматовегетативные дисфункции на фоне эмоциональной лабильности, астено-депрессивных состояний, разнообразных поведенческих расстройств (например, нарушений пищевого поведения).

Клинические последствия сексуального насилия важно различать не только по обстоятельствам произошедшего, но также и по критерию исходного состояния психического здоровья и развития потерпевших. Дети и подростки, не имевшие психических проблем до столкновения с насилием, после случившегося демонстрируют более грубую психопатологическую симптоматику в сравнении с психически здоровыми потерпевшими, а также с теми, кто уже имел проблемы с психическим здоровьем и развитием до попадания в ситуацию насилия. Психические расстройства, формирующиеся у таких детей в связи с насилием, находят выражение в

- эмоциональных нарушениях (общей неустойчивости настроения в сочетании с психической напряженностью, повышенным уровнем тревожности и раздражительности);
- симптомах вторжения по типу охваченности травматическими переживаниями;
- конфликтности психосексуальной сферы;
- формировании амбивалентного отношения к пережитому насилию и насильнику (что характерно в основном для тех случаев, когда насилие совершено знакомым или членом семьи).

Когда клинические последствия сексуального насилия имеют форму «реакций», психопатологическая симптоматика остается на эмоционально-волевом и поведенческом уровнях. Если же речь идет о более протяженных последствиях по типу «состояний» или «развитий»,

патологический процесс распространяется также на психосексуальную и психосоматическую сферы, затрагивает смысловой уровень личности, самосознание.

Возможны случаи, когда сексуальному насилию подвергаются дети, уже имеющие к моменту психической травматизации те или иные психические заболевания или проблемы с психическим развитием. Хотя примерно пятая часть таких детей не демонстрирует клинически значимых проявлений посттравматики, даже и у них наблюдается целый ряд явлений, снижающих уровень адаптации и качество жизни. В сравнении с изначально здоровыми детьми здесь можно ожидать появления менее выраженной напряженности и раздражительности, но более заметного понижения фона настроения; отличительной особенностью будет и особая сексуализированность поведения. Наряду с этим, что вполне предсказуемо, могут обостриться симптомы основного заболевания. В случае формирования у таких детей посттравматических расстройств можно проследить следующие закономерности: тревожно-фобический вариант посттравматики характерен для тех, кто до столкновения с насилием имел невротические черты, а смешанное расстройство эмоций и поведения развивается у тех, кто имел резидуально-органическую симптоматику, воспитывался в неблагоприятной среде и уже имел какие-либо поведенческие нарушения.

Последствия физического насилия

Последствия физического насилия различаются по остроте, тяжести и специфичности именно для этого вида воздействия. К объективно фиксируемым последствиям относят не только телесные повреждения (гематомы, разрывы, ожоги, повреждения внутренних органов и т.д.), но также задержку физического развития и признаки санитарно-гигиенической запущенности. Оценка повреждений, возникающих в результате физического насилия, порой осложняется трудностью их отграничения от последствий несчастного случая. Информативны следующие признаки:

- несоответствие объективной тяжести травмы описываемым времени и обстоятельствам ее получения;
- расхождение в объяснении причин травмы самим ребенком и взрослыми членами семьи;
- стремление скрыть обстоятельства случившегося;
- позднее обращение за медицинской помощью;
- наличие следов травм разной давности.

Влияние физического насилия на психическую сферу носит гораздо менее специфический характер; оно сопоставимо, например, с последствиями сексуального насилия. Здесь следует назвать:

- поведенческие расстройства с преобладанием агрессивного и аутодеструктивного поведения (в том числе, связанного с употреблением

ПАВ, побегам из дома, поджогами), пассивной подчиняемости, чрезмерной уступчивости или, напротив, «псевдовзрослого» поведения с выраженным негативизмом;

- коммуникативные изменения в виде замкнутости, трудностей установления контакта со сверстниками и взрослыми, лживости, болезненного отношения к замечаниям;
- стойкое снижение всех параметров самооценки, неуверенность в себе, излишняя ориентация на внешнее одобрение.

Вероятность формирования тех или иных расстройств варьирует в зависимости от частоты физического насилия. Если оно носит эпизодический характер, наиболее вероятно формирование личностных расстройств возбуждаемого типа, причем в поведении преобладают эгоцентризм, демонстративность, склонность к соперничеству, доминированию, протесту. Чаще всего такую картину можно наблюдать в случаях насилия со стороны отца. При непрерывном физическом насилии на первый план выступают расстройства тормозимого типа с астенической, астено-невротической, тревожно-мнительной, ипохондрической симптоматикой, выраженной подчиняемостью. Анализируя распределение наиболее опасных форм агрессивного поведения, можно обнаружить, однако, что они чаще встречаются у тех, кто подвергается физическому насилию постоянно. Важно и то, кто именно осуществляет насилие: если подросток терпит его от матери, то в структуре поведенческих последствий будет преобладать аутоагрессия, в остальных случаях агрессия подростка будет направлена преимущественно вовне. Дополнительным фактором, повышающим вероятность формирования гетероагрессивного поведения, выступает наличие противоречивого и неустойчивого стиля семейного воспитания.

В общем виде отдаленные последствия сексуального и физического насилия, относящиеся к категории «развитий», можно охарактеризовать как расстройства поведения и личности.

Последствия психологического насилия

Трудность оценки клинических последствий психологического насилия определяется многообразием его проявлений. К психологическому насилию может быть отнесен широкий спектр действий, унижающих достоинство ребенка, нарушающих границы его психологического пространства и создающих неблагоприятный эмоциональный микроклимат. Примерами могут служить предъявление чрезмерных требований, подавление инициативы ребенка, уничижительная критика, обесценивание достижений ребенка, брань, крики, запугивание, совершение в присутствии ребенка насилия по отношению к другим членам семьи или домашним животным.

Если сексуальное и физическое насилие соотносятся с постепенным формированием расстройств поведения и личности, то в числе

клинических последствий психологического насилия на первый план будут выступать симптомы, отражающие формирование пограничной личностной организации. В психосоматической сфере выявляются негативное отношение к своему телу в целом и тенденция к означению телесного опыта через болевые и болезненные ощущения, что создает высокий риск развития психосоматозов.

Последствия пренебрежения потребностями ребенка

Подобно психологическому насилию, пренебрежение потребностями может приобретать разнообразные, порой неочевидные формы, которые объединяет недобросовестное выполнение взрослыми обязанностей по отношению к ребенку, отсутствие должного обеспечения его опекой и надзором. Наиболее заметными обычно оказываются ситуации пренебрежения физическими потребностями (в питании, одежде, медицинской помощи, необходимых санитарно-гигиенических условиях жизни и т.п.). Однако необходимо учитывать и то, насколько удовлетворены потребности в присмотре, воспитании и образовании, эмоциональном контакте, поддержке, принятии. Состояние ребенка, не получающего должной заботы и лишённого необходимых условий для роста и развития, педагоги обозначают как педагогическую запущенность, на психологическом же языке такое состояние описывают в терминах депривации.

Клинические последствия пренебрежения можно одновременно рассматривать и как идентификационные признаки. Следует принимать во внимание, что это явление практически всегда носит системный, пролонгированный характер и сочетается с психологическим, физическим, а иногда и сексуальным насилием. Несоответствие роста и веса ребенка возрастным нормам, санитарно-гигиеническая запущенность, наличие хронических заболеваний при отсутствии адекватного и своевременного лечения, ретардация в психическом развитии и/или признаки дисгармоничного развития – такими будут общие последствия пренебрежения для представителей разных возрастных групп. В структуре клинически значимых последствий будут преобладать симптомы дизонтогенеза (например, некоторые варианты задержанного психического развития в связи с микросоциальной запущенностью). Практически неизбежны задержка дифференциации и интеграции представлений о своем теле, формирование недостаточной способности к субъективному разделению телесного и эмоционального опыта. Дети, воспитанные в условиях пренебрежения, представляют собой группу риска по развитию алекситимии и связанных с нею психосоматических расстройств. Дополняя этот перечень последствиями, имеющими возрастную специфику, можно назвать эмоционально-коммуникативные проблемы по типу нарушений привязанности (в младенчестве и раннем возрасте), поведенческие

нарушения по типу синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (в дошкольном и школьном возрасте).

Что же касается симптомов болезни, то они будут существенно менее разнообразными и выраженными, чем те, которые возникают на почве насильственного опыта (например, физического или сексуального насилия). Если такие симптомы все же формируются, то обычно они укладываются в рамки клинической картины поведенческих и личностных расстройств.

С нейropsихологических позиций последствия пренебрежения можно описать в терминах функциональной несформированности онтогенетически молодых структур головного мозга, развитие которых требует организованного, адекватного и своевременного воздействия извне (воспитательного и обучающего). Речь идет об ассоциативной коре второго и, в особенности, третьего функциональных блоков мозга. Очень типичным в этом отношении является психологический портрет, в котором сочетаются расторможенность, неспособность к планированию и организации своей деятельности, а также общая примитивность интересов, узость кругозора и бедность речи. Очевидно, что подобные проблемы не всегда имеют сугубо органическую природу: основной их причиной является именно отсутствие необходимых социально-средовых условий развития. При углубленном исследовании даже при внешнем благополучии семьи обнаруживаются отсутствие семейных традиций и ритуалов, четкого временного режима и пространственной организации жизни ребенка, нехватка поддержки, внимания, заботы.

Психологические и социальные последствия

В предыдущем параграфе были рассмотрены клинические последствия насилия и жестокого обращения, представленные нарушениями психического здоровья (симптомами болезни) и психического развития (симптомами дизонтогенеза). Остановимся теперь на так называемых «возрастных» симптомах, образующих массив психологических и социальных последствий. Главная их особенность состоит в том, что они отражают возрастную специфику реагирования психики ребенка на травматический опыт и при этом, что очень важно, не обязательно свидетельствуют о наличии нарушений психического здоровья и/или развития. Мы будем освещать как условно-нормативные варианты «возрастных» симптомов (они нас интересуют в первую очередь), так и те, обнаружение которых говорит о необходимости консультации у врача-психиатра.

На фоне насилия и жестокого обращения у *младенцев и детей раннего возраста* возникают сбои в работе простейших соматовегетативных функций: страдают иммунитет, терморегуляция, сон, пищеварение,

способность к поддержанию оптимального мышечного тонуса. Образуя основу жизнедеятельности организма и психики, перечисленные функции совершенно необходимы для нормальной нейродинамики, регуляции нервно-психической активности и эмоционального фона. Даже если наблюдаемая «возрастная» симптоматика не достигает уровня клинической значимости, она сказывается на общем состоянии ребенка и может иметь долгосрочные негативные последствия для его развития. Следует отметить при этом, что существенная часть инициальных эпизодов насилия и жестокого обращения приходится именно на ранний возраст ребенка, ведь именно в этот период родителям необходимо адаптироваться к новым жизненным условиям, и отнюдь не каждая семья в состоянии конструктивно преодолеть возникающие трудности. Среди «возрастных» симптомов *дошкольного периода* на первый план выходят психомоторные проявления (двигательная расторможенность, заикание, тики, патологические привычные действия). Как и более ранние симптомы, они могут носить преходящий, эпизодический, слабо-выраженный характер, не давая оснований для постановки какого-либо клинического диагноза. *Младшие школьники*, пережившие/переживающие жестокое обращение, проявляют повышенную психоэмоциональную возбудимость, агрессивность, упрямство, иногда у них возникают страхи, тревожно-депрессивные эпизоды. Подобно дошкольникам, дети этого возраста часто воспроизводят травматический опыт в игре, причем игра эта может приобретать устойчивый, стереотипный характер. В сюжете игры, высказываниях и действиях персонажей, изображаемой обстановке отчетливо прослеживается семейная ситуация; эпизоды насилия, жестокого обращения и переживаемые ребенком эмоции находят не менее яркое отражение в продуктах творческой деятельности – рисунках, скульптурах, придумываемых сказках.

Отдаленные психологические последствия насилия и жестокого обращения в отношении детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста представлены заметными изменениями субъективных представлений о времени. С возрастом сокращается субъективная временная перспектива, в оценке будущего начинают преобладать пессимизм, чувство бессилия и безнадежности. События прошлого также оказываются негативно окрашенными, тогда как настоящее воспринимается преимущественно с гедонистических и фаталистических позиций. При выражено дефицитарных представлениях о собственных возможностях ярко проявляется стремление к получению сиюминутных удовольствий. Особенно вероятно такое развитие событий в случаях, когда ребенок в течение длительного времени подвергался не только психологическому, но также физическому и сексуальному насилию. В условиях особенно тяжелого и продолжительного жестокого обращения перечисленные «возрастные» симптомы закрепляются, становятся

клинически значимыми и рассматриваются уже как симптомы болезни. В таких случаях картина может быть квалифицирована как невротическое, соматоформное расстройство, генерализованное тревожное состояние, гиперкинетический синдром с реакциями активного протеста и агрессивными проявлениями и т.п. Вообще же люди, пережившие жестокое обращение в детстве, на долгие годы приобретают повышенную сензитивность к неблагоприятным социально-средовым воздействиям и образуют группу риска по личностным, аффективным, зависимым расстройствам и нарушениям адаптации.

Чем старше пострадавший, тем сложнее становятся его переживания в связи с насилием и жестоким обращением. Так, у пострадавших школьников и, в особенности, у подростков формируются

- чувство вины и ответственности за насилие («если бы я был хорошим, мои родители не делали бы мне больно»);
- противоречивое отношение к обидчикам и ситуации в целом;
- потребность во внимании в сочетании со страхом покинутости;
- стыд (ощущение себя грязным, опозоренным, недостойным);
- тревога относительно будущего и сомнения в собственных возможностях.

Жестокое обращение с *подростками* негативно сказывается на формировании волевой саморегуляции, системы жизненных ценностей, самосознания, мировоззрения, что и определяет специфику «возрастных» симптомов этого периода. В число последних входят протестное поведение, негативизм, чрезмерно выраженное увлечение каким-либо течениями в политике, философии, искусстве и т.п. Поскольку жестокое обращение практически всегда носит длительный характер (за исключением тех случаев, когда его привносит новый член семьи, — например, отчим), к моменту достижения жертвой 12–15-летнего возраста опыт существования в психотравмирующих условиях обычно велик. Здесь приходится говорить о личности, изначально формировавшейся в опасной среде и вынужденной накапливать очень своеобразные навыки совладания с ситуацией. Среди способов такого совладания можно назвать приспособление, пассивный протест, активное сопротивление, бегство и многое другое. Особое место в структуре совладающего поведения занимает страх, который можно расширительно трактовать как механизм, обеспечивающий поиск и получение социальной поддержки в ситуации недостаточности собственных ресурсов.

Если «возрастные» симптомы подросткового периода закрепляются и переходят границу нормы, в клинической картине можно наблюдать астено-депрессивные и тревожно-ипохондрические синдромы, дисфорическую депрессию, а также разнообразные поведенческие расстройства, вызывающие серьезную социальную дезадаптацию. Такие расстройства имеют тенденцию к затяжному или волнообразному

течению, а впоследствии нередко определяют психогенное формирование личности (выше мы обозначали такие варианты как «развития»). Кроме того, подростки, воспитанные в условиях насилия и жестокого обращения, входят в группу серьезного риска формирования различных видов зависимостей, рискованного сексуального поведения, стойкой неуспеваемости. Если травматический опыт был представлен отдельными психотравмирующими эпизодами с высокой эмоциональной насыщенностью, важно тщательно проанализировать структуру реакций острого периода, – именно она будет определять качественный характер последующего формирования личности. Системообразующую роль играют такие факторы, как аффективная симптоматика, обсессивно-фобическая симптоматика, гипервозбудимость, психологические защиты и копинг-реакции (перечислено в порядке убывания прогностической значимости).

Можно выделить и некоторые особенности психологических последствий отдельных видов насилия.

Для детей и подростков, подвергающихся *физическому насилию*, характерно формирование эмоционально значимых отношений со взрослыми членами семьи, что сочетается с установкой на допустимость телесных наказаний и склонностью прощать взрослым их жестокость. Чем более эмоционально значимыми были отношения с родителями, тем более вероятно формирование пассивного совладания со стрессом (у мальчиков) и поиска социальной поддержки в сочетании с деструктивной эмоциональной экспрессией (у девочек). В целом копинг-стратегии детей и подростков, воспитанных в условиях физического насилия, отличаются противоречивостью и недостаточной конструктивностью; на первый план выступают трудности отвлечения от происходящего, нахождения духовной опоры, получения разрядки собственного напряжения. Что касается представлений о себе и собственном будущем, то они в существенной степени определяются жизненными обстоятельствами, так или иначе связанными с физическим насилием, – например, опытом бездомности, воспитания в социальном учреждении и т.д.

Сексуальное насилие выступает более автономным фактором формирования дезадаптивных установок по отношению к собственной личности и жизненному пути; подобные последствия проявляются вне зависимости от сопутствующих условий. Так, детей и подростков, переживших сексуальное насилие при самых разных обстоятельствах, объединяют постоянное ожидание опасности, напряженная потребность в защите, трудности в оценке своих возможностей и построении картины будущего. К числу последствий сексуального насилия для эмоциональной сферы можно отнести неустойчивость настроения при пониженном его фоне и склонности к накоплению негативных переживаний. Коммуникативные последствия включают ощущение непонимания и

недоброжелательного отношения окружающих, склонность к раздражительности и вспышки агрессии по отношению к близким, трудности общения со сверстниками. С возрастом у девочек интенсифицируются интернальные посттравматические проявления (чувство вины, трудности установления социальных контактов, негативное отношение к мужским ролевым образцам и близким отношениям), а у мальчиков – экстернальные (повышенная возбудимость, разнообразные реакции по типу оппозиции и негативизма, агрессивно окрашенное сексуализированное поведение, гипермаскулинная компенсация).

Несомненно, анализ психологических последствий насилия и жестокого обращения предполагает обязательный учет не только объективной ситуации, но и субъективного переживания психотравмирующего опыта самим ребенком/подростком. Опыт, имевший высокую значимость для пострадавшего, приводит в дальнейшем к формированию негативного восприятия собственного прошлого и сокращению индивидуальной жизненной перспективы, искажает самосознание и мировоззрение. В случае же особенно тяжелого и длительного жестокого обращения пострадавший может компенсаторно идеализировать собственный опыт и приукрашивать картину будущего. Субъективное восприятие подобного опыта самим ребенком или подростком может существенно отличаться от «взрослого» восприятия, и это обстоятельство выступает не последним фактором, затрудняющим своевременную идентификацию жестокого обращения. Между тем, существуют общие признаки психической травматизации в детско-подростковом возрасте, которые могут оказаться практически бесполезными. В частности, следующие психологические особенности ребенка/подростка могут быть рассмотрены как сигналы тревоги:

- любое необычное поведение и неожиданные соматические реакции, которые трудно объяснить известной информацией о состоянии здоровья ребенка;
- появление ранее несвойственной эмоциональной лабильности (например, неадекватной веселости, сменяемой заторможенностью или подавленностью);
- избегание или, наоборот, сверхзначимость разговоров о каком-то периоде/событии (например, о пребывании у кого-то в гостях).

РАЗДЕЛ 6. РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕБЕНКОМ НАСИЛИЯ. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Физические и психологические признаки перенесенного ребенком насилия и жестокого обращения

Многочисленные исследования показывают, что дети и подростки представляют одну из наиболее подверженных криминальному насилию и злоупотреблению групп населения^{<95>}. Отсутствие социального опыта в детском возрасте затрудняет правильную оценку действий преступника и препятствует возможности оказания эффективного сопротивления^{<96>}, <49>, <163>, <5>. Последствием жестокого обращения часто бывает тяжелый вред здоровью и психическому развитию детей и подростков. Результаты лонгитюдных исследований свидетельствуют о том, что в последующем для жертв жестокого обращения характерны отклоняющееся поведение, ревиктимизация, низкий социально-экономический статус и отсутствие работы, трудности установления близких и доверительных отношений^{<200>}. Однако распознать факты жестокого обращения не всегда просто. Дети могут получить порезы и ушибы или проявлять признаки стресса по множеству причин, которые являются нормальной частью детства, а несовершеннолетние, действительно ставшие жертвами серьезного насилия или злоупотребления, не всегда демонстрируют изменения в поведении или психическом состоянии. Поэтому специалистам, работающим с детьми, особенно важно вовремя обратить внимание и распознать признаки возможного перенесенного насилия и знать, какие дальнейшие шаги нужно предпринять.

Многие исследователи описывают общие последствия любого вида жестокого обращения по отношению к ребенку, относя к ним депрессивные реакции, настороженность по отношению к взрослым и ровесникам, агрессию по отношению к другим или себе, безразличие к окружающему и т.д.^{<73>}, <70>, <140>. Психологические последствия жестокого обращения могут отличаться в зависимости от времени их проявления (непосредственные и отсроченные), от возраста ребенка, от типа насилия и злоупотребления. Подробная классификация и описание всех видов посттравматических психологических реакций были даны в Главе 5 настоящего пособия.

Значительная часть работ посвящена влиянию жестокого обращения на эмоциональную и личностную сферы, при этом интеллектуальные

последствия заметно менее изучены^{<57>}. Актуальное внимание исследователей направлено на изучение влияния опыта насилия и злоупотребления в детстве на последующее развитие мозга. В 2014 году было проведено обследование несовершеннолетних и взрослых, имеющих опыт неблагоприятного детства, подтвердившее, что жестокое обращение действует как сильный стресс и приводит к физиологическим и нейробиологическим изменениям, а в будущем – к устойчивым нарушениям в структурах мозга. У испытуемых, к которым в детстве применялись различные виды насилия, обнаружен значительно меньший объем серого вещества мозга, а также аффективный и когнитивный дефициты^{<280>}. Группой исследователей Стэнфордского университета США в ходе изучения гендерных различий в реакции на стрессовые жизненные события было обнаружено, что у девочек с симптомами ПТСР передняя островковая круговая борозда меньше и по объему, и по площади, чем у мальчиков с теми же симптомами и девочек из группы сравнения^{<273>}. J. Agnew-Blais и A. Danese^{<197>} (2016) в своем исследовании подтвердили, что плохое обращение, пережитое в детстве, влияет на нейробиологические процессы в мозге, кроме того, они установили связь между этими процессами, ранним развитием биполярного аффективного расстройства и суицидальным поведением.

Как уже было отмечено, у каждого вида жесткого обращения есть свои специфические физические, психологические и поведенческие проявления.

Признаки физического насилия:

- Синяки, рубцы, ожоги или другие травмы, возникновение которых не имеет объяснения или не соответствует рассказу ребенка.
- Следы травм, имеющие рисунок, например, от руки, ремня, сигареты или других предметов.
- Травмы, которые находятся на разных стадиях заживления.
- Медицинские проблемы, которые остаются без лечения.

Дети, подвергшиеся физическому насилию, также могут избегать любых прикосновений или физического контакта, бояться идти домой, выглядеть всегда напуганными, носить одежду, которая не соответствующая погоде (например, с длинными рукавами в жаркие дни, чтобы скрыть синяки), не включаться во взаимодействие с другими детьми, проявлять безразличие к играм, занятиям.

Признаки сексуального насилия:

- Избегание определенного человека без ясной причины.
- Окровавленное, порванное или испачканное нижнее белье.
- Кровоподтеки или кровотечения вокруг половых органов.
- Боль или зуд вокруг половых органов, которые могут вызвать проблемы при ходьбе или сидении.
- Беременность или заболевания, передающиеся половым путем.

- Отказ переодеваться в присутствии других (например, в школьной раздевалке во время занятий физкультурой).
- Побег из дома.
- Сексуальная активность (сексуализированные игры, мастурбация, имитация сексуальной активности с другими детьми или взрослыми и т.д.).
- Познания в сексуальной сфере, которыми обычно дети их возраста не обладают.

Признаки эмоционального насилия:

- Постоянное беспокойство о том, что ребенок что-то делает не так.
- Задержка речевого развития или трудности в обучении.
- Проявления депрессии и низкой самооценки.
- Плохая успеваемость.
- Неадекватное поведение, например, слишком послушное (постоянное желание угодить взрослому) или грубое нарушение правил и запретов.
- Головные боли и боли в животе без ясной причины.
- Отсутствие привязанности к родителю или воспитателю.
- Проявляет мало интереса к играм и общению со сверстниками.

Признаки пренебрежения нуждами ребенка:

- Неопрятный, грязный внешний вид.
- Постоянно остается дома один или на попечении других маленьких детей.
- Много и жадно ест, откладывает еду на потом.
- Пропускает занятия в школе без уважительной причины.
- Плохо набирает вес и растет.
- Не получает необходимую медицинскую помощь ^{<209>}, ^{<324>}.

Междисциплинарное выявление и оценка признаков перенесенного насилия у ребенка

О том, что ребенок стал жертвой жесткого обращения, могут свидетельствовать многие признаки, как относительно однозначные (телесные повреждения, заболевания), так и косвенные (например, нарушения поведения). В разделе 5 и 6.1. были подробно описаны физические и психологические признаки, перенесенного ребенком насилия и злоупотребления. Дети, подвергшиеся насилию, часто имеют особенности в развитии и специфическое поведение. Поведенческие и эмоциональные проявления ребенка в обыденных ситуациях могут указать специалисту в сфере защиты детства о возможном перенесенном опыте насилия даже в отсутствие явных физических признаков.

Педагоги, психологи, социальные работники и врачи должны проявить беспокойство, если отмечают в поведении ребенка следующие черты:

- 1) Ребенок ведет себя отстраненно, не проявляет любопытство, замкнут, чрезмерно уступчив. У ребенка есть проблемы с налаживанием отношений с другими людьми.
- 2) Ребенок постоянно плачет, не ожидая, что кто-нибудь его утешит. При затруднениях не обращается за помощью к взрослым.
- 3) Проявляет состояние «холодной наблюдательности». Не демонстрирует никаких чувств и эмоций, в то же время внимательно следя за тем, что происходит вокруг.
- 4) Ребенок ведет себя излишне настороженно, испытывая страх перед любыми физическими контактами (вжимает голову в плечи, съеживается, вздрагивает, выходит из помещения, пытается уйти с дороги, когда видит приближающегося взрослого).
- 5) Ребенок может не проявлять здоровой привязанности к близким, при этом может «липнуть» к незнакомым людям.
- 6) Ребенок может демонстрировать признаки ролевой инверсии, стараться вести себя так, чтобы удовлетворить желания и потребности своих родителей, испытывает чрезмерное беспокойство, когда родитель плохо себя чувствует или в плохом настроении.
- 7) Прогулы занятий в школе, неоднократные попытки сбежать из дома или нежелание возвращаться домой.
- 8) Диссоциативные эпизоды, которые ребенок описывает как «я стою рядом и смотрю, как что-то происходит со мной же» или «я нахожусь далеко от места действия», «смотрю фильм про себя».

Расследование сообщения о возможном применении жестокого обращения к ребенку, проводимое правоохранительными органами, и рассмотрение первичных обращений органами защиты детства преследуют разные цели. Сотрудники полиции устанавливают факт совершения преступления и собирают доказательства вины посягателя. Специалисты сферы защиты детства в первую очередь должны обеспечить физическую и психологическую безопасность ребенка.

Специалистам в сфере защиты детства, первыми узнающим о возможном жестоком обращении с ребенком, необходимо решить несколько задач:

- определить характер и степень серьезности насилия или злоупотребления,
- оценить физическое и эмоциональное состояние ребенка, ставшего жертвой,
- принять решение о том, нуждается ли он в срочной медицинской или психологической помощи.

На первом этапе работы команды специалистов, работающих с ребенком, который, возможно, стал жертвой жестокого обращения, необходимо установить, был ли причинен физический вред ребенку, боится ли ребенок мести или наказания от посягателя и насколько сильна

причиненная ему эмоциональная травма. В задачи психолога входит установление, страдает ли ребенок серьезными эмоциональными расстройствами, есть ли суицидальный риск, не отстает ли ребенок в развитии. Такая оценка помогает также выявить случаи, когда необходимо применить специальные методы проведения беседы с ребенком (если ребенок не умеет говорить или отстает в развитии). Врачи-педиатры и детские хирурги определяют возможный вред здоровью, причиненный ребенку, и необходимость оказания незамедлительной медицинской помощи. Кроме того, специалисты должны выяснить, верят ли ребенку мать или отец, не виновные в насилии, а также готов и способен ли невиновный родитель защитить ребенка от посягателя.

На данном этапе работы необходимо оценить сложившуюся семейную ситуацию. Социальный работник, работник органов опеки и попечительства или другие специалисты, имеющие информацию о семье ребенка или доступ к ней, должны оценить возможности родителей или родителя (прежде всего, невиновного, если насилие происходило в семье) предотвратить повторные случаи насилия. Важно выяснить, верят ли родители ребенку, не будут ли они защищать насильника. При необходимости нужно предпринять меры по обеспечению безопасности ребенка.

Социальному работнику следует поддержать ребенка, оказать ему психологическую помощь, а также помочь членам семьи оказать поддержку ребенку, тем самым снижая вероятность вынужденного отказа ребенка от своих обвинений.

Процесс раскрытия факта насилия или злоупотребления всегда сопряжен с негативными переживаниями и подчас может нанести ребенку повторную психологическую травму. Дети могут испытывать чувства стыда, вины, тревоги, смятения и страха, необходимость подробно рассказывать о произошедшем, приводя при этом самые интимные детали, еще больше повышает уровень переживаемого ими стресса. В этой связи специалистам необходимо с самого начала стремиться налаживать с детьми доверительные отношения. Нужно заверить ребенка, что он находится в безопасности, что он правильно сделал, рассказав о насилии, что он никоим образом не виноват в том, что с ним произошло.

Кроме того, специалист должен установить, существует ли риск мести ребенку со стороны насильника за раскрытие преступления. В этом отношении важнейшую роль играет позиция невиновного родителя. Если родитель и другие члены семьи ребенка обвиняют его в том, что с ним произошло, если ему угрожают или наказывают за раскрытие насилия, возрастает вероятность того, что он откажется от выдвинутых обвинений. В этом случае, необходимо объяснить ребенку, что детей часто заставляют чувствовать себя виноватыми за насилие и за проблемы в семье, возникшие в результате его раскрытия, и что порой дети действительно берут вину на себя, не желая еще больше

расстраивать своих родителей и стремясь к тому, чтобы все стало «как раньше». Важно объяснить ребенку, что специалист понимает как страшно ребенку, но что при этом ребенок имеет право рассчитывать на защиту со стороны взрослых.

Оценить способность невинного родителя и других членов семьи оказать ребенку эмоциональную поддержку и содействовать процессу его восстановления.

Невиновные родители играют главную роль в процессе восстановления детей, ставших жертвами насилия и обеспечения их защиты. Однако, прежде чем это станет возможным, многие родители нуждаются в поддержке и решении их собственных проблем. Специалисты должны чутко и внимательно относиться к потребностям и чувствам невинных родителей, одновременно подчеркивая их роль в восстановлении ребенка. Важно обсудить с родителями действия, которые они обязаны предпринять для помощи ребенку, и поддерживать невинных родителей и других членов семьи на протяжении всего периода расследования преступления. Для этого необходимо установить наиболее насущные потребности невинных родителей, помочь им стабилизировать положение в семье и обеспечить безопасное пребывание ребенка в семье.

Социальному работнику, работнику органов опеки и попечительства нередко приходится помогать невинному родителю в преодолении семейного кризиса, возникающего в результате раскрытия насилия. Это часто требует организации и проведения кризисного консультирования, а также реализации различных программ интенсивного оказания социальных услуг по месту жительства. Если семейное функционирование нарушено, невинный родитель просто не сможет последовательно оказывать ребенку необходимую поддержку.

Социальный работник должен также оценить вероятность повторения насилия. Насилие может иметь место в семьях, которые сталкиваются с другими серьезными проблемами, такими как безработица, злоупотребление алкоголем и ПАВ и др. Для того, чтобы выявить факторы, которые прямо или косвенно способствовали тому, что ребенок стал жертвой насилия, необходимо провести комплексную оценку рисков. Такая оценка может также установить проблемы, которые нужно обязательно решить, чтобы обеспечить безопасность дальнейшего пребывания ребенка в семье^{<134>, <189>, <351>}.

Сбор, систематизация и оценка информации при работе с детьми, перенесшими насилие

Процесс раскрытия преступления, как правило, имеет болезненный характер, и специалист, который узнал о факте насилия или подозревает, что оно было совершено, и собирается поговорить об этом с ребенком,

должен понимать, что первая беседа имеет ключевое значение для всего дальнейшего разбирательства по делу и для отношения к нему потерпевшего.

В предыдущих разделах подчеркивалась важность оценки не только того, какую информацию сообщает ребенок, но и какие эмоциональные и поведенческие проявления сопровождают его рассказ. Специалист должен обратить внимание при каких обстоятельствах ребенок решил сообщить о том, что он имеет опыт жестокого обращения, узнать у ребенка, с кем еще он делился данной информацией, какие сейчас у него есть страхи и опасения и какую помощь он хотел бы получить. Вся эта информация должна быть зафиксирована, и при необходимости передана в правоохранительные органы и другим специалистам, которые будут сопровождать потерпевшего^{<339>, <257>}.

Специалисты, работающие в сфере защиты детства, часто сталкиваются с ситуацией, когда они подозревают, что ребенок может подвергаться жесткому обращению, но самостоятельно не готов сообщить об этом. Для такого поведения может быть несколько причин:

1. Ребенок может испытывать чувство стыда или вины.
2. Ребенок хочет обезопасить себя от повторных травматических переживаний, которые последуют за неприятными воспоминаниями.
3. Ребенок может не понимать, что его жизненный опыт – это опыт насилия или злоупотребления.
4. Ребенок может быть зависим или эмоционально привязан к посягателю.
5. Ребенок может бояться последствий раскрытия жестокого обращения, например, того, что ему никто не поверит, что насильственные действия усялятся, что его заберут из семьи^{<336>}.

Раскрытие факта жестокого обращения – длительный процесс, в течение которого ребенок решает поделиться с другими людьми своим опытом насилия или злоупотребления. Ребенок может непосредственно рассказывать о преступлении или подавать неосознанные знаки, он может вначале упоминать незначительные детали, намекая о том, что с ним произошло, не решаясь приступить к подробному и полному повествованию.

Дети и подростки могут сообщить о своем неблагоприятном опыте разными путями.

- Непосредственно. Делать конкретные устные заявления о том, что с ними произошло.
- Косвенно. Давать двусмысленные словесные утверждения, указывающие на то, что что-то не так.
- Поведенческими проявлениями. Демонстрируя своим поведением, что что-то не так (сознательно или непреднамеренно).
- Невербально. Писать записки, делать рисунки или пытаться общаться другими способами^{<330>}.

Некоторые жертвы насилия и злоупотребления не хотят рассказывать о них социальным службам или правоохранительным органам, так как считают, что они им не смогут помочь. Возможно, в прошлом они уже прибегали к помощи родителей или других взрослых, которые им не поверили или не приняли их слова всерьез.

Одной из важных целей работы специалистов в сфере защиты детства является информационное просвещение детей и подростков. Нужно научить несовершеннолетнего распознавать насилие и злоупотребление. Для того чтобы ребенок обратился за помощью, он должен знать, с кем он может обсудить свою проблему. В социальных и образовательных организациях ребенок должен иметь возможность получить информацию о реабилитационных центрах, телефонах поддержки, горячих линиях по вопросам жестокого обращения и т.д. Специалисты, с которыми ребенок хочет поделиться, должны быть готовы к этому, в том числе и психологически, они должны уметь адекватно реагировать на слова ребенка, чтобы он получил необходимую помощь, поддержку и защиту^{<306>}.

Для того чтобы помочь ребенку раскрыть факт жестокого обращения, сотрудникам социальных служб и образовательных организаций важно создать среду, в которой детям и подросткам будет комфортно рассказать о том, что их беспокоит. Общение ребенка и специалиста в сфере защиты детства должно проходить в безопасном и психологически комфортном месте. Если первая беседа с ребенком может быть проведена только у него дома, рекомендуется сделать это наедине, без присутствия в том же помещении других членов семьи.

Специалист системы защиты детства должен воспользоваться специальными методиками проведения собеседования, помогающими ребенку расслабиться. Необходимо помочь потерпевшему описать, что именно и в какой последовательности с ним произошло, делая это так, чтобы как можно меньше травмировать и смущать его. Если это вообще возможно, в процессе первоначальной беседы не следует заставлять ребенка повторять свой рассказ. Специалист должен быть готов защитить ребенка от мести или наказания со стороны родителей за то, что он рассказал о жестоком обращении с ним. Если предполагаемый виновник не является членом семьи и не имеет с ней эмоциональную связь, первая беседа может быть проведена в присутствии родителей. Это будет содействовать налаживанию отношений сотрудничества с родителями и мобилизует их на защиту ребенка.

Не стоит забывать, что общение со специалистами, их реакция на раскрытие факта жестокого обращения, наводящие вопросы и утверждения будут оказывать влияние на последующее поведение ребенка и ту информацию, которую он будет сообщать в ходе судебно-следственных действий. Для того чтобы максимально устранить суггестивное

воздействие на ребенка во время беседы и предотвратить стимулирование фантазирования в процессе дачи пояснений, в США и странах Европы были разработаны методики допроса малолетних. Подробно работа психолога по сопровождению судебно-следственных действий и участие в допросе несовершеннолетних-потерпевших будут описаны в Разделе 7. Сейчас кратко остановимся на основных принципах ведения беседы с ребенком о возможном перенесенном жестоком обращении.

Первостепенное значение придается установлению доверительного контакта с несовершеннолетним. При этом опрашивающий представляется как человек, работа которого – разговаривать с детьми, с которыми что-то произошло. Основной принцип – получение от несовершеннолетнего информации по делу в свободной форме, без направляющих вопросов или замечаний опрашивающего. Это достигается использованием открытых вопросов-побуждений («Расскажи мне все, что произошло», «Расскажи мне подробнее об этом» и т.п.), которые помогают устранить суггестивное воздействие со стороны взрослого, а также фантазирование и псевдо-воспоминания со стороны ребенка. В свободной беседе полезно потренировать ребенка в рассказе аналогичным образом о каком-либо нейтральном или приятном для него событии. Важно также устранить возможные источники искажения информации, заключающиеся в том, что обычно ребенок стремится дать взрослому какой-либо ответ даже тогда, когда его не знает или не понимает вопроса. Опрашивающий должен объяснить ребенку, что в таких ситуациях (можно привести пример) ему следует прямо о своем незнании или непонимании. Нужно также сказать ребенку, что он может поправлять взрослого, если тот ошибается. Ребенок лучше усвоит эти правила, если они будут сопровождаться проигрыванием подобных ситуаций. Такая подготовительная работа позволяет улучшить качество получаемой при опросе ребенка информации.

Как показывает практика, нельзя также игнорировать возможность оговора или предоставления несовершеннолетним сведений, не соответствующих действительности, по собственной инициативе или, что бывает чаще, под влиянием взрослого. Нередки случаи, когда в ситуации развода один из родителей с помощью ребенка обвиняет бывшего супруга в сексуальном злоупотреблении в отношении несовершеннолетнего. При этом ребенок может понимать, что обвинение ложно, либо в результате внушения со стороны взрослого находиться в заблуждении. В связи с этим при первичном опросе ребенка особенно важно собрать максимально полную информацию об описываемом событии, включая сведения о том, каким образом о нем узнали другие люди, как они реагировали на сообщение и т.п.

Существуют разные взгляды на проблему проведения опроса несовершеннолетних. С одной стороны, процедура опроса может иметь для

несовершеннолетнего потерпевшего психотравмирующий характер. Согласно данным исследований, около 10 % потерпевших настолько болезненно переносят огласку преступления и участие в уголовном расследовании, что это превышает воздействие на их психику самого преступления, и у них развивается психическое расстройство. С другой стороны, есть мнение, что правильная организация опроса может иметь для ребенка положительный психологический смысл за счет систематизации пережитых событий и эмоций^{<47>}.

Возможности и ограничения диагностики последствий перенесенного насилия у ребенка

При диагностике и оценке психологических последствий жестокого обращения в отношении детей специалисты сталкиваются с методологическими, организационными и этическими проблемами. Так как сами последствия пережитого насилия и злоупотребления специфичны для каждого возрастного периода, то и инструменты их оценки должны отвечать особенностям возрастного этапа и индивидуального развития каждого конкретного ребенка. При работе с детьми, особенно младшего возраста, приходится ориентироваться на наблюдение за их поведением, а также на слова их родных или воспитателей. Для фиксации и оценки выявляемых нарушений существуют опросники, интервью и анкеты для подростков, а также опросные листы для родителей и воспитателей. Одной из таких методик, например, является полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей, разработанное Н.В. Тарабриной. Интервью включает скрининговую часть и вопросы. Вопросы интервью построены на основании симптомов ПТСР в соответствии с критериями А, В, С, D и F (DSM-IV). На основании этих же критериев построена родительская анкета для выявления травматических переживаний у детей^{<158>}.

Оценка влияния возникших посттравматических реакций и состояний на жизнедеятельность ребенка проводится с помощью опросников оценки качества жизни детей «PedsQL», разработанных для разных возрастных групп детей, включающих в себя показатели степени физического, социального и школьного функционирования ребенка, а также степени его эмоционального комфорта^{<11>}.

Понятие стресса тесно связано с понятием адаптации, поэтому определить степень влияния пережитого стресса на ребенка возможно при помощи оценки степени выраженности его дезадаптации. Для потерпевших школьного возраста это делается с помощью карт оценки проявлений школьной дезадаптации. К сожалению, недостаточно разработаны критерии оценки проявлений дезадаптации у детей дошкольного возраста, однако существуют некоторые общие показатели, также

связанные с социальным функционированием и психологическим благополучием таких детей^{<192>}.

Диагностика несовершеннолетних-жертв жесткого обращения зачастую затрудняется особенностями контакта с такими детьми. Их актуальное состояние может характеризоваться высоким уровнем тревоги, выраженным напряжением, нежеланием вступать в прямой вербальный контакт, быстрой пресыщаемостью деятельностью и утомляемостью. Эти особенности нужно учитывать при планировании диагностического обследования и выбора батареи методик. Применение проективных методик помогает повысить эффективность выявления последствий насилия и злоупотребления. Использование проективных методик основано на принципе проекции, то есть на вынесении своих актуальных намерений, переживаний, устремлений в материал исследования. Рисуночные методики представляются в этом смысле особенно информативными и наглядными. С помощью рисунка ребенок невольно, а иногда и сознательно пытается передать свое состояние, отношение к какому-либо предмету или человеку, обозначить свои потребности. Анализируя рисунок потерпевшего, можно увидеть признаки тревоги, напряжения, имеющиеся страхи. Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают не столько сознательные установки человека, а и его бессознательные импульсы и переживания. Именно поэтому результаты рисуночных тестов трудно «подделать»^{<18>}.

Рисуночные методики информативны, позволяют выявить различные психологические характеристики состояния и индивидуально-психологических особенностей обследуемого. При этом они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандаша и бумаги. Дополнительным достоинством рисуночных методов является их естественность, близость к обычным видам человеческой деятельности. Ребенку легко понять тестовую инструкцию, для выполнения методик не нужен высокий уровень развития речи. Вместе с тем, рисунки – удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать клиническую беседу. В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к несовершеннолетним самого разного возраста – от дошкольного до юношеского. Это позволяет использовать их для контроля динамики состояния и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода. В последние годы все больше подчеркивается психотерапевтическое значение рисования, как и художественной деятельности вообще. Таким образом, благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и арт-терапевтическим сеансом.

Необходимо, однако, подчеркнуть ограничения в использовании рисуночных методов. Качественный характер и субъективность интерпретации рисунков, возможность их многозначного толкования свидетельствуют о низкой надежности получаемых результатов, поэтому их следует применять только для ориентировочной оценки. На основе рисунков ребенка ни в коем случае нельзя делать выводы о том, подвергался он насилию (в том числе сексуальному) или нет. Рисуночные методы позволяют выдвигать гипотезы, но они не могут лежать в основе доказательств^{<27>}.

Таким образом, выявление и оценка психологических последствий жестокого обращения происходят на основе данных комплекса диагностических методик:

- наблюдение;
- индивидуальная беседа с ребенком и его родителями (опекунами);
- полуструктурированное интервью для оценки симптомов посттравматических реакций и состояний;
- опросники для выяснения степени дезадаптации и качества жизни;
- методики оценки уровня личностной и ситуативной тревожности и других параметров эмоциональной сферы;
- проективные рисуночные тесты для выявления характеристик актуального состояния и индивидуально-психологических особенностей ребенка.

РАЗДЕЛ 7. ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ, ПОТЕРПЕВШИМ ОТ КРИМИНАЛЬНОГО НАСИЛИЯ, В СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННОЙ СИТУАЦИИ

Психолог в комплексном сопровождении детей, пострадавших от насилия и находящихся в судебно-следственной ситуации

Комплексное сопровождение ребенка, пострадавшего от криминального насилия, ориентировано на достижение двух целей: защиту интересов несовершеннолетнего потерпевшего и эффективное расследование преступления. В задачи команды специалистов входит восстановление и поддержание физического, психологического и социального благополучия ребенка путем его правовой защиты, оказания медицинской, психологической и социальной помощи, а также помощь следствию в расследовании уголовного дела через использование специальных знаний (психологических, медицинских) при организации и проведении следственных действий и судебных процедур.

Работа психолога с несовершеннолетним потерпевшим, находящимся в судебно-следственной ситуации, может осуществляться в трех основных формах.

1. Непосредственное сопровождение судебно-следственных действий с участием несовершеннолетнего.
2. Проведение экспертного психологического обследования несовершеннолетнего в рамках судебно-психологической (СПЭ) или комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ).
3. Консультативная и реабилитационная работа с потерпевшим для устранения неблагоприятных психологических последствий, психотравмы, возникшей вследствие применения к нему жесткого обращения^{<144>},^{<150>}.

Несмотря на то, что соблюдение интересов ребенка как ведущий принцип объединяет все эти направления деятельности, следует отметить, что указанные функции имеют различный характер и не должны выполняться одним и тем же специалистом, так как предполагают разные профессиональные позиции. В первом случае психолог одновременно выступает в качестве консультанта и помощника следователя, способствуя получению от ребенка надежных сведений. В качестве эксперта психолог должен сохранять независимость, непредвзятость и нейтральность оценок. Позиция же консультанта, как и психотерапевта, предполагает эмпатию и включенность психолога в проблематику

ребенка. Подробнее роли и функции психолога на каждом отдельном этапе судебно-следственных действий и рассмотрении дела в суде будут рассмотрены в соответствующих параграфах настоящего раздела^{<47>}.

Правовая регламентация судебно-следственных действий с несовершеннолетним потерпевшим

В задачи правовой защиты несовершеннолетних потерпевших от жестокого обращения входит обеспечение своевременного выявления и расследования дела о совершении правонарушения в отношении ребенка, привлечение виновных к уголовной ответственности, а также оказание влияния на родителей или лиц их замещающих с целью профилактики ненадлежащего выполнения их обязанностей по отношению к ребенку. Порядок признания лица потерпевшим, его права и обязанности описаны в ст. 42 УПК РФ.

Участие несовершеннолетних потерпевших в проведении судебно-следственных действий является формой реализации их прав в уголовном судопроизводстве и имеет большое значение для осуществления правосудия в отношении обвиняемых лиц. В качестве участников уголовного процесса дети и подростки дают показания об обстоятельствах совершенных в отношении них противоправных действий, участвуют в опознаниях и очных ставках, в заседаниях суда. Информация, полученная от ребенка в ходе судебно-следственных действий, представляет собой доказательство по делу и в связи с этим крайне важна для принятия обоснованных судебных решений.

Психологическое сопровождение следственных действий с участием несовершеннолетних охватывает все этапы следственного и судебного процесса по делам о правонарушениях против детей и подростков. При этом, как уже говорилось, деятельность специалистов, должна быть ориентирована на соблюдение двух основных принципов: обеспечение прав и интересов несовершеннолетнего (в том числе сохранение его психического здоровья) и получение максимально полной и точной информации по уголовному делу. Несмотря на независимость реализации данных принципов, они неразрывно взаимосвязаны. Способность потерпевшего давать содержательные и подробные показания в значительной степени зависит от того, в каком психоэмоциональном состоянии он находится. Порядок проведения таких следственных действий, как очная ставка, опознание, проверка показаний на месте, регламентирован статьей 191 УПК «Особенности проведения допроса, очной ставки, опознания и проверки показаний с участием несовершеннолетнего». Согласно данной статье, помимо следователя и законного представителя несовершеннолетнего потерпевшего при работе с несовершеннолетними потерпевшими и свидетелями в возрасте до 16 лет, а при наличии

у них психического расстройства или отставания в психическом развитии – до 18 лет, предписывается участие в следственных действиях педагога или психолога. В случае преступлений против половой неприкосновенности детей участие психолога становится обязательным требованием со стороны закона (п. 4 ст. 191 УПК РФ).

Дополнительной мерой, направленной на профилактику негативно-го влияния судебного разбирательства на психологическое благополучие несовершеннолетних потерпевших, является установление временных ограничений по продолжительности следственных действий с их участием в зависимости от возраста (не более часа для несовершеннолетних до 7 лет, двух часов – от 7 до 14 лет, четырех часов – до 18 лет). Такая временная регламентация направлена на предупреждение явлений утомления и психического истощения детей и подростков.

Важной составляющей следственного процесса, имеющей целью защиту интересов потерпевших детей и подростков, выступает обязательная видеозапись следственных действий с участием несовершеннолетнего. Визуальная фиксация процесса проведения допроса ребенка, его участия в проверке показаний на месте и процедуре опознания позволяет существенно сократить количество следственных действий, при которых обязательно его личное присутствие, а также избавить его от необходимости давать показания в суде. Единственной допускаемой законом причиной отказа от съемки может являться возражение самого несовершеннолетнего или его законного представителя. Однако и в этих случаях специалистам следует убеждать как ребенка, так и его законного представителя в том, что данная мера служит его интересам и может значительно снизить риск его дополнительной травматизации в процессе судебно-следственных действий.

Несмотря на принятие важных мер по юридическому обеспечению защиты интересов несовершеннолетних потерпевших, правовая регламентация содержательных аспектов деятельности психолога на разных этапах судебно-следственных действий остается недостаточно разработанной¹⁷². Пока нет четкого правового определения статуса, прав, обязанностей, функций и компетенций психолога в этих ситуациях.

Психологическое сопровождение следственных действий с участием несовершеннолетнего потерпевшего

Психологическое сопровождение несовершеннолетних пострадавших на этапе доследственной проверки

Доследственная проверка включает в себя принятие и регистрацию сообщения о преступлении, проверку полученной информации и вынесение решения о наличии или отсутствии оснований для возбуждения

уголовного дела. Работа по психологическому сопровождению пострадавшего начинается с момента получения сообщения о совершении противоправных действий. Целью профессиональной деятельности психолога на данном этапе является помощь следствию в получении как можно более полной и точной информации от несовершеннолетнего. Процедура получения объяснения схожа с порядком проведения допроса, хотя имеет свои важные отличия.

На этапе доследственной проверки пострадавший еще не имеет статуса потерпевшего, его права законодательно не закреплены, а порядок производства проверки не регламентирован. Тем не менее, в связи с регламентацией процедуры доследственной проверки согласно ст.ст. 144–145 УПК РФ, ее проведение предполагает соблюдение определенных правил. Так, в пункте 1.1. ст. 144 УПК РФ устанавливается, что лицам, участвующим в производстве процессуальных действий при проверке сообщения о преступлении, разъясняются их права и обязанности, предусмотренные настоящим Кодексом, и обеспечивается возможность осуществления этих прав в той части, в которой производимые процессуальные действия и принимаемые процессуальные решения затрагивают их интересы^{<172>}. Выполнение данного пункта создает для следователя определенные проблемы. В течение ограниченного отрезка времени он помимо выполнения самих следственных действий должен ознакомить ребенка с его правами в качестве потерпевшего. При этом очевидно, что до определенного возраста несовершеннолетний не в состоянии самостоятельно осмыслить содержание данной процедуры, однако возможность подключения к этому процессу его законного представителя законодательством специально не оговорена, хотя и не исключена. На практике следователи выполняют процедуру ознакомления с правами именно несовершеннолетнего независимо от его понимания ее смысла.

Определенные трудности обнаруживаются и при использовании в процессе производства следственных действий видеозаписи. Наиболее благоприятной считается ситуация, когда объяснение дается пострадавшим в первый раз, и именно оно фиксируется на видеокамеру. Однако на практике многие следователи по субъективным причинам (желание сэкономить время, избежать фиксации возможных ошибок и др.) при работе с детьми и подростками, напротив, зачастую побуждают законных представителей несовершеннолетних к официальному отказу от этой процедуры. Психолог может постараться способствовать решению этой проблемы с учетом интересов потерпевшего.

Консультативная роль психолога на этапе получения объяснения от несовершеннолетнего потерпевшего может быть дополнена составлением психологического заключения по результатам его участия в опросе малолетнего потерпевшего. Такое заключение должно

включать характеристику актуального состояния, поведения, эмоциональных реакций во время опроса; описание динамики психического состояния и эмоциональных реакций ребенка в процессе опроса; особенности реакций на отдельные вопросы следователя. В то же время следует учитывать, что оценка правдивости либо ложности, достоверности либо недостоверности показаний потерпевшего или его искренности при их даче в компетенцию психолога не входит, и высказываться на этот счет в заключении он не должен.

Дети и подростки, получившие в результате совершенных по отношению к ним противоправных действий психическую травму, нуждаются в консультативной психологической и психотерапевтической помощи и могут получать ее как можно раньше, уже в период проведения доследственной проверки. Квалифицированную помощь такого рода можно получить в медицинских учреждениях психиатрического профиля. Важно, однако, подчеркнуть, что эта помощь должна быть симптоматической без фокусировки на психической травме и вызвавших ее обстоятельствах. В противном случае психологическое вмешательство может исказить содержание воспоминаний ребенка о произошедшем и помешать следствию. В процессе работы специалисту (детскому психологу, психиатру, психотерапевту) следует фиксировать психическое состояние потерпевшего и имеющиеся у него психологические проблемы, а также характер и объем оказываемой помощи. Вся составленная документация при необходимости может быть запрошена следственными органами.

Следует особо подчеркнуть, что при отсутствии четкой регламентации деятельности психолога с пострадавшим на этапе доследственной проверки требования, предъявляемые к его профессиональным компетенциям и навыкам, чрезвычайно высоки. Данный этап разбирательства является одним из самых важных, а полученная информация – определяющей для принятия решения о необходимости возбуждения уголовного дела.

Психологическое сопровождение несовершеннолетних потерпевших на этапе проведения очной ставки, опознания и проверки показаний на месте

Проведение очной ставки, опознание и проверка полученных показаний на месте являются важными этапами расследования уголовных дел против несовершеннолетних, которые необходимы для получения доказательств по делу и вынесения судебного решения. Однако участие в них несовершеннолетнего потерпевшего также несет в себе высокий риск получения им повторной психической травмы, связанной с возможностью встречи с обвиняемым, возвращением на место совершения правонарушения и актуализацией связанных с этим психотравмирующих переживаний.

Ведущая роль при проведении судебно-следственных действий с несовершеннолетними потерпевшими принадлежит следователю, поскольку основной его целью является сбор сведений, имеющих юридическую силу и являющихся доказательством по делу. Вместе с тем принимающий участие в этих процессуальных действиях психолог может оказать существенную помощь органам следствия как в организационных вопросах, так и в обеспечении психологического благополучия несовершеннолетних потерпевших. Среди задач по оказанию психологической помощи следствию может фигурировать разъяснение основных принципов построения беседы с несовершеннолетним.

Специалист может включаться в беседу, задавать дополнительные вопросы, помогать следователю в подборе наиболее адекватных с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей формулировок. В отдельных случаях психолог по предварительной договоренности со следователем может взять на себя основную роль в проведении допроса несовершеннолетнего потерпевшего.

Важная составляющая работы психолога на этапах проведения очной ставки, опознания и проверки показаний на месте заключается в подготовке к ним потерпевшего. Сюда относятся установление контакта с несовершеннолетним, разъяснение ему порядка, целей и задач следственного действия, знакомство со следователем. От успешности построения продуктивной коммуникации несовершеннолетнего с другими участниками следственных действий и, прежде всего, со следователем, напрямую зависит его способность оказывать содействие следствию в сборе доказательств по делу. Помимо прочего, в обязательные функции психолога входит отслеживание актуального эмоционального состояния несовершеннолетнего, которое позволит ему до начала следственных действий оценить целесообразность их проведения в конкретный период времени, а также при необходимости временно приостановить или прекратить проведение следственного действия. Задачей психолога на данном этапе может выступать оказание помощи следствию в построении тактики и стратегии конкретных судебно-следственных действий, а также в разъяснении полученных сведений с учетом основных психологических закономерностей детского и подросткового возраста.

Особенности деятельности психолога на этапе рассмотрения уголовного дела в суде и принятия судебного решения

Участие несовершеннолетнего потерпевшего в судебном заседании имеет существенное значение для принятия обоснованного и взвешенного судебного решения. На данном этапе деятельность психолога может принимать следующие формы. Прежде всего, он может быть вызван в суд в качестве свидетеля для дачи показаний относительно особенностей актуального состояния, эмоционального реагирования, поведения потерпевшего во время проведения допроса или процедуры опознания,

проверки показаний на месте. Психолог, принимавший участие в проведении судебно-экспертных обследований несовершеннолетнего потерпевшего, может быть допрошен в качестве эксперта для разъяснения содержания психологического заключения и экспертных выводов.

Однако наиболее важной задачей на данном этапе является осуществление психологического сопровождения несовершеннолетнего потерпевшего в судебном заседании (ст. 425 УПК РФ). Психолог на доступном для несовершеннолетнего уровне объясняет, какую роль играет его участие в суде для расследования правонарушения, освещает правила поведения во время судебного рассмотрения для всех участников судебно-следственного процесса, в том числе и самого несовершеннолетнего. Помимо этого, специалист разъясняет несовершеннолетнему его процессуальное положение, способствует формированию у него активной позиции в судопроизводстве, создает условия для последовательной и целенаправленной защиты потерпевшим собственных интересов и реализации своих прав, обеспечивает продуктивное взаимодействие с защитником, помогает правильно формулировать свои ответы на вопросы суда. Одновременно с этим психолог заботится о поддержании позитивного актуального состояния несовершеннолетнего потерпевшего, оберегает его от негативных воздействий со стороны других участников процесса, предупреждает возможные встречи с обвиняемым^{<122>}.

Правила проведения опроса несовершеннолетнего потерпевшего с учетом его возрастных особенностей. Протокол NICHD

Несмотря на активную разработку правовых оснований, методика проведения судебно-следственных действий с несовершеннолетними потерпевшими находится в стадии становления^{<45>}. Практическое участие психологов в допросе часто сопровождается некорректным использованием рисунков, кукол, игровых действий. Следователи и психологи нередко стремятся выявить в речи и поведении ребенка признаки перенесенного им жестокого обращения, ложной или заученной информации. Допустимость такого рода диагностики расценивается специалистами весьма критически^{<151>}. В связи с этим первостепенное значение приобретает качество используемого методического обеспечения следственных действий с участием детей^{<193>}. Следует подчеркнуть, что от обоснованности и надежности методических средств зависит не только возможность обеспечения защиты и безопасности ребенка, но и дальнейшая судьба лица, подозреваемого в совершении, как правило, тяжкого преступления. В обоих случаях цена ошибки слишком высока. Зачастую ситуация усложняется тем, что единственным свидетелем, потерпевшим (или в одном лице и тем, и тем) является сам потерпевший.

Тогда перед следователем встает задача получения полных, точных и достоверных показаний от ребенка, а это требует специальных знаний в области в том числе возрастной психологии.

Наиболее уязвимой к криминальному насилию категорией детей являются несовершеннолетние малолетнего возраста^{<95>}.^{<29>}. В российском законодательстве под категорией «малолетний» подразумевается лицо в возрасте до 14 лет. С точки зрения психологии, в категорию «малолетний» попадают следующие возрасты: «младенческий возраст» (от 0 до 1 года), «раннее детство» (от года до 3-х лет), «дошкольный возраст» (от 3-х до 7 лет), «младший школьный возраст» (от 7 до 11 лет) и «подростковый возраст» (от 11 до 14–15 лет). Малолетним до 14 лет свойственны меньшие психические возможности, чем детям более старшего возраста или взрослым, их психические способности качественно различаются с теми же способностями, например, старших подростков, однако это не означает, что показания малолетних априори нужно считать недостоверными. Чем меньше возраст потерпевшего, тем большим профессионализмом должен обладать специалист, осуществляющий допрос. Выделение четких возрастных рамок необходимо по той причине, что зачастую в ситуации допроса к малолетним применяются те же научные практические рекомендации, что и к старшим подростками взрослым, а это ведет к тактическим ошибкам^{<8>}.

В российском законодательстве никак не ограничен возраст, начиная с которого ребенок может давать показания, но очевидно, что для осуществления данной функции необходим определенный уровень развития высших психических функций, таких как речь, внимание, память и мышление. Исследования в области возрастной психологии свидетельствуют, что первые упоминания о прошедшем появляются у ребенка между полутора и двумя годами, однако доступный ему язык позволяет говорить преимущественно о настоящем. Начиная с двух лет, дети могут упоминать о прошлых событиях, но относящихся к привычным типичным действиям. Воспоминания о специфических событиях появляются у детей между двумя и тремя годами, однако, главным образом, если речь идет о совместных воспоминаниях родителей и детей, поэтому в них трудно выделить собственный вклад ребенка. Инициированных самостоятельно воспоминаний детей в этом периоде еще нет и до начала четвертого года они остаются редкостью. В промежутке от 3 до 3,5 лет начинает развиваться способность ребенка более или менее связно рассказать о прошедшем событии. Однако извлечение хранящейся информации для них все еще затруднено, определенной структуры она не имеет, поэтому в разное время дети этого возраста могут давать разную информацию об одном и том же эпизоде. Способность сообщать о событиях без помощи опрашивающего постепенно улучшается до школьного возраста^{<246>}.^{<295>} (Nelson K., Fivush R.,

2004; Fivush R., 2011). Дети не сохраняют в памяти то, что произошло с ними до 2-летнего возраста, но могут вспомнить что-либо из событий, пережитых в 3-летнем возрасте. Ранние воспоминания могут сливаться с аналогичными событиями в более позднем периоде или с тем, о чем дети слышали в семье. Воспоминания о событиях в возрасте от 4 до 6 лет находятся в переходной фазе, а с 6 лет воспоминания, как правило, сохраняются. На способность к запоминанию влияет значимость события и способность ребенка к его структурированию⁴⁶.

В дошкольном возрасте происходят важные количественные и качественные изменения в развитии психики: с расширением жизненного опыта, расширяется кругозор, ребенок осваивает новые умения и навыки. В этот период у детей завершается процесс овладения речью. К 7 годам язык становится средством мышления и общения ребенка. В это время ребенок активно пополняет свой словарный запас, способен вступать в диалог как со сверстниками, так и со взрослыми. Речь ребенка становится все более содержательной и осмысленной, он учится рассуждать и думать вслух. Младший дошкольник обладает произвольной памятью, ему сложно поставить перед собой задачу запомнить что-то специально, в сознании остаются преимущественно яркие события и образы. Уже старший дошкольный возраст характеризуется важными изменениями – началом формирования произвольной памяти и самоконтроля, что сказывается как на процессе запоминания, так и припоминания чего-либо. Старший дошкольник способен запомнить какую-либо информацию специально, а затем ее воспроизвести. Восприятие также становится целенаправленным, ребенок начинает сознательно наблюдать, сопоставлять и анализировать. В этом периоде мышление постепенно переходит от наглядно-действенного к наглядно-образному. Дошкольник учится представлять развитие ситуации, видеть предмет с нескольких точек зрения. Наглядно-образное мышление является основным в этом периоде, однако при этом начинает формироваться словесное мышление. Ребенок учится устанавливать связи между объектами с помощью логики.

Младший школьный возраст характеризуется формированием произвольности памяти и внимания, мышление развивается от наглядно-действенного, к наглядно-образному и затем к словесно-логическому, однако логика и умение находить причинно-следственные связи у младшего школьника все еще недостаточно развиты, преобладает образное мышление, но тем не менее, дети данного возраста значительно меньше допускают ошибок в пересказе последовательности действий. Увеличивается словарный запас, объем и детализация восприятия, воображение становится более реалистичным и богатым. Однако в этом возрасте детям еще сложно отделять второстепенное от основного, вследствие чего продукты воображения зачастую могут заполнять

недостаток жизненного опыта. При восприятии какой-либо ситуации для ребенка вполне нормально не запомнить главного, но отчетливо запомнить второстепенные детали. Нередко дети этого возраста затрудняются описать предметы в пространстве, путают право и лево. Часто ошибки допускаются, когда необходимо назвать временные интервалы или расстояние. Если ребенку непонятно какое-либо высказывание, он прибегает к механической памяти, то есть чужие слова запоминает дословно. Описывая что-либо, младшие школьники используют сравнения, а они зачастую относительны и не точны. Сложности возникают и при описании увиденных предметов: младшие школьники хорошо их узнают, но не всегда могут описать. Данный факт больше характерен для детей 9–10 лет, у детей же 7–8 лет часто могут возникать проблемы в самом узнавании предметов, так как возникшее чувство знакомости заставляет думать, что раннее воспринимаемый предмет и тот, который предъявили, тождественны. А порой эта проблема может быть связана и вовсе с нежеланием совершать внутреннее усилие для сравнения двух образов.

Дошкольники и младшие школьники лучше запоминают яркие детали внешности или одежды человека, если таких примет нет, то нередко ребенок не может сообщить достоверную информацию. Ответы о том, какие у человека уши, рот, глаза почти всегда малоинформативны. Они не в состоянии точно оценить рост человека, например, человек среднего роста часто оценивается как высокий. Сильно искажается оценка возраста, проявляющаяся в смешанности понятий «старый» и «молодой». Дети имеют склонность оценивать возраст своих родителей моложе их сверстников, зато точнее оценивают возраст других детей и подростков.

Чем больше явления действительности связаны с деятельностью ребенка, тем прочнее они запоминаются. Если ребенка вовлекают в эмоционально окрашенную деятельность (как правило, она носит негативных характер), тем лучше ребенок запоминает действия, смысл которых он может и не осознавать. Например, будучи очевидцем убийства, он может и не понимать, что произошло именно убийство. По этой же причине дети младшего школьного возраста бывают сильнее травмированы психологически из-за сексуальных посягательств на их тело, чем дошкольники, поскольку у них в большей степени развита способность понимать внутреннее содержание ситуации⁸⁶.

При определении способности давать показания выделяют две стороны осмысления событий при восприятии, а затем воспроизведении ребенком их сути – внешнюю и внутреннюю стороны. Восприятие внешней стороны событий происходит на уровне чувственного отражения. Понятие внешней стороны подразумевает восприятие объектов, предметов, их сочетаний, действий участников, их последовательность, а также восприятие временных рамок и пространственных характеристик. Сюда же относят восприятие определенных деталей события и

внешнего вида участников. Восприятие внутренней стороны включает в себя смысловое содержание произошедших событий, например, характер совершенных действий и их значение. Способность понимать, осознавать внутреннюю сторону тех или иных действий – это способность воспроизводить сведения, основанные на понимании культурно-социального и объективного значения произошедших событий^{<65>}.

Важными характеристиками детей младшего возраста являются склонность к фантазированию и внушаемость. В связи с этим одной из важных задач опрашивающего должна быть такая организация опроса, в которой устранены все моменты, способствующие проявлению этих свойств. Причину существования внушаемости и фантазирования объясняют тем, что «многие жизненные представления еще не обладают достаточной степенью объективности»^{<137>}. Еще одно распространенное объяснение состоит в том, что ребенок, отвечая на вопросы взрослого, обычно уверен, что взрослый сам знает ответ на вопрос, а для него самого это только проверка правильности его ответа. Поэтому ребенок старается угадать правильный ответ или согласиться с тем вариантом, который ему предлагает взрослый. В связи с этим наводящие или альтернативные вопросы провоцируют ребенка на подтверждение того или иного предложенного варианта без их критической переработки, что ведет к искажению информации. Следовательно должен максимально побуждать ребенка к свободному рассказу и учитывать при организации допроса, что недопустимо, особенно в его начале, задавать ребенку уточняющие вопросы, в которых содержится не упомянутая им информация, альтернативные вопросы или закрытые вопросы, предполагающие ответы «да» или «нет».

При оценке показаний детей особое значение придается первому допросу, когда ребенок свободно вспоминает о произошедшем событии. Как показывают исследования и практика, во время второго допроса ребенок вспоминает уже не само событие, а то, что он сказал о нем в предыдущий раз. Из этого следует, что именно первый допрос необходимо фиксировать в видео формате, что, как правило, делает ненужными дополнительные опросы ребенка.

Искажения информации ребенком происходят также по естественным причинам, если с момента описываемых событий прошло много времени. У детей, в особенности дошкольного возраста, долговременная память развита слабо, поэтому они должны быть опрошены как можно быстрее. В противном случае утраченные воспоминания замещаются, как правило, вымышленными. Также воспоминания могут быть сильно искажены в том случае, если криминальная ситуация носила ярко выраженный психотравмирующий характер. В этом случае может действовать защитный механизм диссоциации, вытеснения тяжелых воспоминаний или замещение их более нейтральными.

Следует отметить, что неверная информация, продуцируемая ребенком под влиянием внушения или фантазирования, не должна расцениваться как ложная. В подобных случаях ребенок не лжет: он сам искренне верит в то, что говорит^{<145>}. В 3 года дети уже могут различать реальные объекты и вымышленные представления. Но эксперименты показывают, что даже в старшем дошкольном возрасте они еще могут верить в то, что представляемое ими может начать существовать в действительности. Кроме того, в сложных условиях, к которым относится процесс следствия по уголовному делу, им трудно различить источники своих воспоминаний, особенно если интервал между событием и воспоминанием был длительным. В таких случаях ребенок склонен верить в то, что он в действительности не пережил, но представлял в воображении, либо слышал от других людей. Подобный вариант относится к числу заблуждений, в которые дети искренне верят. По особенностям предъявления эти сведения ничем не отличаются от правдивых и достоверных показаний^{<46>}.

Вместе с тем сознательная ложь также может присутствовать в показаниях детей. Они уже в дошкольном возрасте научаются говорить неправду. Это предполагает способность к относительно сложному процессу оценки того, как искаженная информация будет воспринята другим человеком. Однако, если дошкольнику трудно соблюсти все требования этого процесса и можно без труда определить, когда он намеренно лжет, а когда говорит правду, то в случае с младшими школьниками эта задача порой становится трудной, поскольку ребенок в этом возрасте начинает утрачивать «детскую непосредственность»: с помощью внутренней монологической речи он способен лучше планировать свои высказывания. Младший школьник уже знает о таких понятиях, как тайна и секрет, и может симулировать свою неосведомленность в обсуждаемом вопросе^{<241>}. Однако бывают ситуации, когда ребенок лжет потому что находится под сильным влиянием взрослого, заставившего его говорить неправду угрозами, запугиванием, обманом, или сам испытывает резко негативное отношение к обвиняемому. Мотивом оговора может выступить обида или агрессия, желание отомстить взрослому. Ложь может иметь своей целью привлечение внимания. От осознания детьми того факта, что от их показаний зависит нечто важное, что на них обращено внимание взрослых, они могут приукрашивать свой рассказ несуществующими деталями или как бы «усиливать» окраску реального события, чтобы рассказ звучал более внушительно, чем он есть на самом деле^{<59>}.

Несмотря на описанные выше ограничения, касающиеся показаний детей, результаты исследований свидетельствуют, что даже дети 3–4 лет могут давать достоверные показания на допросе, но при условии соблюдения ряда специальных мер.

Отдельно хотелось бы обозначить немаловажную роль автобиографической памяти, поскольку данный тип запоминания актуализируется у индивида в процессе допроса в связке с иными мнемическими подсистемами долговременной декларативной памяти, такими как семантическая и эпизодическая память. В.В. Нуркова описывает автобиографическую память как «психологическую функцию, обеспечивающую человеку возможность обращаться к прожитой части своей жизни». Существует общее мнение, согласно которому воспоминания о событиях нашей жизни, в целом, достаточно точны (хотя и могут ухудшаться с возрастом), а дети в той же степени, что и взрослые, могут обладать достаточно точными и полными воспоминаниями о своем прошлом. Однако В.В. Нуркова, ссылаясь на Л.С. Выготского, приходит к выводу о том, что автобиографическая память ребенка «производна от уровня присвоения культурных практик рассказа о себе» и уступает той же памяти взрослого^{<115>}.

Точность автобиографической памяти крайне нестабильна. Психологические исследования экспериментально подтверждают возможность формирования у индивида ложных воспоминаний, которые, кроме того, представлены в форме очень подробного, яркого и детального образа и обладают высокой субъективной достоверностью. Одним из исследователей феномена искажения автобиографической памяти является когнитивный психолог Э.Ф. Лофтус. Ей принадлежит исследование с участием пар братьев и сестер, в которых старший рассказывал младшему произошедшую в детстве ситуацию, выдавая ее за правду, хотя на самом деле она являлась выдумкой. Результаты исследования показали, что в 25 % случаев младшие сиблинги подвергались влиянию внушающего воздействия, принимая выдуманные события, рассказанные старшими сиблингами, за реальные воспоминания из детства^{<281>}.

А. Конвей (2009) исследовал пластичность автобиографической памяти на материале воспоминаний о террористических актах в США 11 сентября 2001 года. Им было установлено, что наиболее устойчивые ответы испытуемые давали на вопросы о месте, где впервые услышали соответствующую информацию о трагедии, и о тех людях, которые были рядом с ними в этот момент. Наименее устойчивыми оказались вопросы о времени. При всем при этом испытуемые демонстрировали высокий уровень доверия к своим воспоминаниям^{<116>}.

Другое исследование в данной области принадлежит В.В. Нурковой, Д.М. Бернштейн и Э.Ф. Лофтус (2003). Оно посвящено проведению сравнительного анализа воспоминаний людей о двух событиях: воспоминание очевидцев о террористических актах в Москве 1999 году и в Нью-Йорке в 2001 году. Исследование показало, что в обоих случаях испытуемые склонны были сильно переоценивать длительность происходящих ключевых событий^{<117>}.

Таким образом, люди в целом хорошо запоминают произошедшие события, место их локализации и лица, которые оказываются их главными героями, однако, что важно, данная уверенность переносится ими и на другие части воспоминаний, например, на воспоминания о дате и времени произошедших событий, когда эти события в реальности могут быть воспроизведены неточно^{<116>}.

Способность подростков давать показания, имеющие значение для дела, не столь значительно отличается от аналогичной способности взрослых, однако и у них есть определенные психологические особенности, которые необходимо учитывать при оценке их показаний.

При проведении допроса несовершеннолетнего подросткового возраста нужно помнить о психологических особенностях, которыми характеризуется данный период. К ним можно отнести зависимость от мнения референтной группы, ее ценностей, подверженность разнообразным влияниям этой группы. Подросткам свойственна демонстративная независимость, упрямство, негативизм, обидчивость, склонность к рискованным действиям, наличие кумиров и подражание им, нестабильная самооценка, отсутствие развитых коммуникативных навыков и эмоциональная незрелость.

Также у подростков наблюдаются специфические поведенческие реакции, которые образуют реакцию эмансипации -- определенный тип поведения, при котором подросток всячески стремится показать свою независимость от взрослого и высвободиться из-под опеки. Наряду с этим, подростковый возраст характеризуется известной импульсивностью^{<76>}.

Когнитивная сфера подростка представлена определенными особенностями внимания, памяти и мышления. Внимание характеризуется большим объемом и устойчивостью, но при этом ему свойственна специфическая избирательность. В сфере мышления наблюдается недостаточная развитость обобщений по существенным признакам, склонность к генерализованным обобщениям по несущественным признакам явлений. Подростки обладают меньшим объемом долговременной памяти, у них снижена точность отражения пространственных качеств объектов: их размера, цвета, удаленности и конфигурации. Чаще, чем у взрослых людей, допускаются ошибки в определении длительности временных интервалов и искажается последовательность событий. Особенности памяти также проявляются в ситуации, когда требуется воспроизведение несовершеннолетним увиденного и услышанного, так как встречаются затруднения в последовательности рассуждений, в обосновании некоторых положений, которое выражается в перестановке или пропуске отдельных частей доказательств, а также в введении лишних смысловых звеньев. Поскольку подросткам свойственна недостаточно сформированная понятийная сфера, они могут допускать

ошибки в употреблении терминов и понятий, что может приводить к неточности показаний. Однако такие последствия могут быть обусловлены и известной особенностью данного возраста – подражательностью и стремлению говорить так, «как надо», а не как есть на самом деле^{<124>}.

Для того, чтобы максимально устранить суггестивное воздействие на ребенка во время следствия и предотвратить стимулирование фантазирования в процессе дачи показаний, за последнее время США и странах Европы были разработаны специальные методики (протоколы) опроса несовершеннолетних потерпевших в следственном процессе^{<242>}. Существуют различные варианты моделей проведения опроса детей, предположительно подвергшихся жестокому обращению, однако основной среди них считается методика, получившая название «Протокол NICHHD». Она была создана в начале 1990-х годов группой исследователей Национального института здоровья ребенка и развития человека (National Institute of Child Health and Human Development) США^{<298>}, подвергалась переработке и усовершенствованию в 2007 и 2014 годах. Протокол NICHHD переведен на 20 языков и получил широкое распространение, что помогло значительно расширить его исследовательскую эмпирическую базу. В настоящее время это единственная методика такого рода с доказанной эффективностью. С аутентичной русскоязычной версией протокола NICHHD и приложения к нему можно ознакомиться здесь (основная часть)^{<118>} и здесь (приложение)⁴.

Методика опроса NICHHD представляет собой полуструктурированное интервью со строгой детализацией действий. Ее основная особенность – акцент на необходимости получения от несовершеннолетнего потерпевшего или свидетеля информации в максимальной свободной форме. Эта цель достигается с помощью открытых вопросов-побуждений с исключением любых внушающих воздействий, фантазий и псевдовоспоминаний. В последней версии методики NICHHD (2014) акцент на правильной постановке вопросов сочетается с соблюдением строгих правил при установлении контакта опрашиваемого лица с ребенком. Хороший доверительный контакт с ребенком выступает в качестве обязательного условия для получения полных и соответствующих реальности показаний. В процессе беседы специалист, проводящий опрос, должен быть внимательным собеседником, проявляющим к ребенку искренний интерес и заботу. В его задачу входит также наблюдение за эмоциональными реакциями и поведением несовершеннолетнего потерпевшего. В случае нежелания ребенка включаться в беседу, он должен постараться снять напряжение, переключить внимание ребенка на другие интересные для него темы или рисование. При этом содержание рисунка и высказывания ребенка по его поводу не должны подвергаться

⁴ <http://nichdprotocol.com/wp-content/uploads/2017/09/NICHHD-Appendix-Russian-version.pdf>.

содержательной психологической интерпретации. Если установление контакта с ребенком затруднено, рекомендуется отложить опрос и перенести встречу на другой день. Не рекомендуется переходить к содержанию, имеющему значение для уголовного дела, пока межличностный контакт ребенка и опрашивающего взрослого не установлен. При успешном прохождении вводного этапа ребенок обучается свободному самостоятельному повествованию. Этот навык далее закрепляется рассказом ребенка об эмоционально насыщенном событии из собственного опыта. Следующая стадия методики заключается в установлении некоторых правил опроса. Этот процесс также имеет характер обучения ребенка с формированием у него установки на определенный вариант действий. Авторы методики считают важным избежать потери или искажения информации вследствие восприятия ребенком опроса взрослым как проверки или стремления ребенка дать ответ, несмотря на непонимание вопроса. Опрашивающий поясняет ребенку на конкретных примерах, как действовать в таких случаях. Также ребенок предупреждается о необходимости говорить правду при опросе. Завершается подготовительный этап тренировкой эпизодической памяти ребенка, которого просят рассказать, как можно подробнее, о каком-либо недавнем приятном событии, стимулируя воспоминания с помощью открытых вопросов-побуждений («Расскажи все об этом», «Расскажи поподробнее»).

При успешном прохождении вводной стадии осуществляется переход к основному этапу – опросу об обстоятельствах дела. При этом также должны максимально использоваться открытые вопросы-побуждения. Помимо прочего поводом для такого рода вопросов может выступать пропуск ребенком важной информации, а также упоминание им каких-либо конкретных обстоятельств. Для расширения рассказа ребенка и обогащения его конкретными деталями служат разбиение события на отдельные отрезки времени и их подробное обсуждение, просьба описать последующие события и т.п. Если криминальных ситуаций было несколько, каждая из них должна быть проработана отдельно. На данном этапе опроса также необходимо отслеживать и поддерживать качество контакта с ребенком. Контакт и эмоциональное состояние ребенка являются одной из основных составляющих всей процедуры опроса. Несовершеннолетнему потерпевшему должна оказываться психологическая поддержка, особенно в те моменты, когда он испытывает состояния дистресса, заторможенности, внутреннего конфликта. Опрашивающий не должен игнорировать такие состояния, следует говорить о них с ребенком, акцентируя внимание на их естественность в сложившихся обстоятельствах, одновременно подчеркивая значимость информации, которую дает потерпевший. При этом следует избегать употребления уменьшительно-ласкательной лексики, а также давать оценку показаниям ребенка. В случае нежелания ребенка обсуждать определенные

аспекты ситуации возможен перенос беседы на другое время. Каждая новая встреча с ребенком должна начинаться с интенсивной работы по восстановлению позитивного контакта. В случае успешного описания ребенком криминальной ситуации важной составляющей основного этапа является опрос об обстоятельствах раскрытия совершенных по отношению к ребенку противоправных действий. Следует выяснить, когда, кем и каким образом они были обнаружены, как реагировали на полученные сведения близкие ребенка, а он сам – на факт раскрытия, как они обсуждались в дальнейшем. Здесь также должны максимально использоваться открытые вопросы-побуждения к рассказу.

Завершающий этап предполагает отход от тематики опроса и создание позитивного настроения ребенка. Опрашивающий благодарит ребенка за его рассказ и переключает его внимание с субъективно сложной темы на позитивные планы, восстанавливая положительный эмоциональный фон.

Дополнительные рекомендации могут быть даны также относительно окружающей обстановки при проведении опроса. В идеальном варианте в помещении должны присутствовать только ребенок и опрашивающий его взрослый. Для видеофиксации беседы обычно устанавливаются две видеокамеры и микрофоны. При необходимости за ходом опроса можно наблюдать в другом помещении с помощью видеотрансляции. В комнате не должно быть ничего отвлекающего внимания ребенка или стимулирующего его воображение. Допускается одна мягкая игрушка среднего или большого размера, которая может пригодиться ребенку для психологической поддержки. Анатомически правильные куклы и рисунки не используются.

Модель методики NICHHD задает определенный стандарт базовых требований к опросу. В ней содержатся разнообразные варианты рекомендаций в зависимости от особенностей поведения ребенка, в то же время она оставляет опрашивающему достаточную свободу в выборе конкретного воплощения основной схемы. Такой вариант опроса представляет собой эффективный коммуникативный процесс с обучением ребенка и расширением его возможностей передачи информации за счет использования «зоны ближайшего развития» в общении со взрослым⁴⁷.

На практике в последние годы уже предпринимаются попытки внедрить некоторые положения этого направления в систему следственных действий с детьми и подростками. Вместе с тем следует обратить внимание на возможные проблемы при прямом заимствовании зарубежного опыта, вызванные определенными несовпадениями между требованиями методики и правовой регламентацией допросов несовершеннолетних потерпевших в России. Так, методика NICHHD предусматривает диалог между опрашивающим и ребенком без присутствия других лиц, что способствует формированию контакта и доверительных отношений. В России в допросе несовершеннолетнего потерпевшего законо-

дательно предусмотрено присутствие не только следователя и психолога, но и законного представителя ребенка, имеет право присутствовать также его адвокат. Это, безусловно, создает совершенно иной контекст беседы и осложняет построение индивидуального доверительного контакта между опрашиваемым и ребенком. Организовать допрос таким образом, чтобы опрашиваемый остался с ребенком наедине, а остальные участники наблюдали за процессом из другого помещения (по видеотрансляции или в специальном помещении через зеркало Гезелла) не всегда возможно. Возникает также вопрос о том, кто проводит опрос и может ли это сделать психолог, участвующий в допросе. В принципе, психолог обладает достаточными профессиональными компетенциями, чтобы эффективно провести опрос с учетом научных рекомендаций, психологических особенностей ребенка и окружающей обстановки, однако законодательно такие функции ему не предоставлены. Наконец, обязательное ограничение времени допроса несовершеннолетнего потерпевшего обусловлено заботой о его интересах, вместе с тем при работе с дошкольниками существенно затрудняет прохождение всех этапов, предусмотренных методикой.

Помимо решения организационно-правовых проблем существует необходимость переработки и осмысления зарубежных идей и разработок в рамках современного российского культурного контекста. Перспективным, на наш взгляд, может быть рассмотрение ситуации опроса не только как средства получения информации от ребенка, но и своего рода опосредующего звена между его травматичным опытом и развитием личности. Рассказ ребенка систематизирует пережитые им события и эмоции. Хотя традиционно опрос относительно совершенного против него преступления считается для несовершеннолетнего потерпевшего дополнительной психотравмой, есть указания на то, что эта процедура при правильной организации взаимодействия может нести для него и положительный психологический смысл. Пережитая криминальная ситуация становится частью жизненной истории ребенка. Ее интерпретация, эмоциональная переработка, осмысление потерпевшим во многом зависят от окружающих его людей, в том числе от организации и содержания судебно-следственных процедур. В более широком контексте работу на этом этапе с детьми, пострадавшими от преступлений, следует рассматривать как часть процесса комплексного (правового, медицинского, психологического, социального) сопровождения ребенка с целью сохранения и упрочения его физического и психического здоровья, психологического и социального благополучия.

В случаях, когда есть основания сомневаться в возможностях ребенка достаточно полно, точно и достоверно давать показания, представляющие ценность для уголовного расследования, назначается судебно-психологическая или комплексная судебная психолого-психиатрическая

экспертиза. В ходе нее, как правило, выясняются особенности психических процессов, личностных особенностей, в том числе уровень внушаемости ребенка, его способность точно воспроизводить как внешнюю, так и внутреннюю (смысловую) сторону произошедшего события.

Задачи психолога эксперта при проведении судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних потерпевших

Важным этапом при рассмотрении уголовных дел с участием несовершеннолетних потерпевших является проведение КСППЭ детей и подростков – жертв правонарушений. Согласно ст. 196 УПК РФ, назначение судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить «психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания». В зависимости от характера совершенного деликта, особенностей состояния и поведения несовершеннолетнего судом наряду с КСППЭ может быть назначена комплексная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза. Основная роль психолога при проведении КСППЭ несовершеннолетнего потерпевшего заключается в решении экспертных задач, поставленных перед ним судебно-следственными органами. В компетенцию психолога-эксперта входит оценка возрастных, индивидуально-психологических и личностных особенностей, эмоционального состояния, ситуационных факторов, определение их совокупного влияния на уголовно релевантные способности потерпевших в интересующие судебно-следственные органы периоды.

Экспертной психологической оценке в данном виде обследования подлежат следующие способности несовершеннолетнего потерпевшего:

- способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания;
- способность понимать характер и значение совершаемого противоправного деяния (в возрасте от 12 лет в соответствии с ФЗ № 14 от 29.02.2012) и оказывать ему сопротивление.

Таким образом, ведущей на этапе проведения КСППЭ несовершеннолетнего потерпевшего является экспертная позиция психолога. В пределах своей профессиональной компетенции он должен оценить общее психическое и личностное развитие потерпевшего и на основе полученных результатов охарактеризовать его потенциальную способность воспринимать внешнюю информацию, сохранять ее, осуществлять ее смысловую переработку и воспроизводить. Вторым шагом является оценка конкретной актуальной возможности потерпевшего

воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела в ситуации правонарушения, сохранять ее с момента этой ситуации, оценивать, перерабатывать и транслировать при проведении допроса так, чтобы информация об интересующих следствие и суд обстоятельствах могла стать доказательством по делу. В данном случае на основе показаний потерпевшего и других источников информации должна быть ретроспективно реконструирована ситуация правонарушения, выяснены все ситуационные влияния, которым подвергался потерпевший с момента правонарушения, его эмоциональные реакции, внутренние переживания, особенности актуальных состояний. Определяется, в какой степени он мог понимать характер и направленность противоправных действий, их общественное значение и опасность, насколько он был в состоянии оказывать сопротивление виновному.

Вместе с тем во, время прохождения экспертного обследования несовершеннолетняя жертва преступления потенциально подвержена риску актуализации психотравмирующих переживаний. Так, при проведении экспериментально-психологического исследования потерпевшего, а в особенности направленной психодиагностической беседы, психолог-эксперт вынужденно обращается к ситуации правонарушения, выясняя вопросы, значимые как для квалификации психического состояния потерпевшего, так и для оценки его способности участвовать в дальнейших судебно-следственных действиях.

Задаче обеспечения психологического благополучия несовершеннолетних потерпевших в рамках КСППЭ служит такая составляющая экспертной деятельности, как комплексная оценка его уголовно-процессуальной дееспособности, которая относится к совместной компетенции психиатра и психолога. Помимо способности потерпевшего давать показания по делу она предполагает детальное изучение различных компонентов способности потерпевших принимать участие в судебно-следственных действиях.

При выявлении у подростка таких индивидуально-психологических особенностей, как эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, тревожность, ранимость, склонность к дезорганизации интеллектуальной деятельности в условиях эмоционально насыщенных ситуаций, слабая способность к эмоционально-волевому контролю собственного поведения, следует рекомендовать ограничить или полностью исключить его участие в дальнейших следственных мероприятиях и судебных заседаниях. К аналогичным выводам экспертная комиссия должна прийти и в тех случаях, когда одно упоминание о травматичных событиях, связанных с правонарушением, приводит к значительному ухудшению актуального состояния потерпевшего, и он полностью отказывается от обсуждения данных вопросов.

Для предотвращения ретравматизации потерпевшего, прежде всего, должны быть использованы меры, связанные с особенностями процедуры проведения экспертных исследований. Наиболее предпочтительным видом психолого-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних потерпевших с точки зрения их психологической безопасности является амбулаторная КСППЭ, при которой обследование детей и подростков проводится в течение одного дня и не предполагает их помещения в психиатрический стационар. Однако при неясности клинической картины, а также многочисленности и разнообразии психопатологических проявлений для наиболее полного и обоснованного решения экспертных вопросов однократного психолого-психиатрического освидетельствования может быть недостаточно. В таких случаях предусмотрена рекомендация к назначению стационарной КССПЭ. В целях предупреждения повторной травматизации несовершеннолетних потерпевших в ходе проведения беседы и экспериментально-психологического исследования психологу необходимо соблюдать определенные этико-деонтологические правила.

Наиболее целесообразным является проведение диагностической беседы с одновременным участием психолога и психиатра, что позволяет избежать повторного обсуждения обстоятельств ситуации правонарушения. Также большое значение имеет взаимный обмен имеющейся у специалистов информацией о потерпевшем на всех этапах проведения экспертизы. Во время направленной беседы психологу необходимо корректно, на доступном для несовершеннолетнего уровне, формулировать вопросы, следуя описанным выше рекомендациям относительно опроса и не допуская вопросов наводящего характера, критики, при необходимости поддерживая и успокаивая потерпевшего. При нестабильном эмоциональном состоянии ребенка психологу следует избегать обсуждения с ним наиболее травматичных деталей ситуации правонарушения, не форсировать рассказ о произошедшем, своевременно переключать его на нейтральные темы, возобновлять беседу только после стабилизации его эмоционального состояния.

Подверженность детей и подростков ретравматизации в процессе проведения судебно-следственных действий зачастую усугубляется при наличии у них психического расстройства. В таких случаях задача отслеживания динамики актуального психологического состояния потерпевшего приобретает особую значимость, а сам он нуждается в максимально комфортных и щадящих условиях при проведении экспертного обследования.

Ретравматизация несовершеннолетнего потерпевшего и способы ее профилактики

Совершение противоправных деяний по отношению к детям и подросткам сопряжено с высоким риском формирования у них психической травмы, которая впоследствии может крайне негативно отражаться на их психическом состоянии, дальнейшем психическом развитии и социальном функционировании. Как показывает практика, возникшие в ситуации правонарушения психотравмирующие переживания жертвы могут усиливаться на всех этапах проведения судебно-следственных действий при повторном обращении к субъективно тяжелым воспоминаниям. Потерпевшие участвуют в судебно-следственных действиях: дают показания, иногда по 2–3 раза, выезжают вместе с судебно-следственной группой на место преступления, участвуют в опознаниях и очных ставках, присутствуют в залах суда. Все это не может не оставить след на состоянии ребенка, приводит к так называемой «ретравматизации»^{<229>}, ^{<305>}.

Ретравматизация происходит, когда человек сознательно или неосознанно повторно переживает произошедшее ранее психотравмирующее событие. Это может быть вызвано триггерами или стрессорами, которые похожи на окружающую среду или обстоятельства первоначальной травмы, такие как запах, звуки, обстановка, освещение, или даже новые отношения, которые имитируют прошлый негативный опыт. Ретравматизация может произойти с любым, кто пережил травмирующее событие, однако, риск выше у тех, кто демонстрирует симптомы посттравматического стрессового расстройства^{<219>}.

Симптомы ретравматизации могут возникать внезапно и периодически возвращаться, даже если с момента травмирующего события прошли годы. Проявления повторной травмы после жестокого обращения могут варьироваться от человека к человеку, но обычно включают один или несколько из следующих симптомов:

- воспоминания и кошмары содержащие события перенесенного жестокого обращения;
- беспокойство или страх;
- трудности концентрации внимания;
- проблемы со сном;
- усталость;
- избегание социальных контактов;
- неконтролируемые негативные эмоции;
- физические реакции на триггеры (замирание, дрожь, непреодолимое желание спрятаться, убежать)^{<205>}, ^{<223>}.

Симптомы повторной травматизации могут возникать всякий раз, когда несовершеннолетний вспоминает пережитый негативный опыт.

Воспоминания могут возникать в сознании ребенка спонтанно, поэтому простое избегание разговора не обязательно предотвратит ретравматизацию^{<217>}. Тем не менее, есть несколько наиболее стрессогенных ситуаций:

- участие в судебно-следственных действиях;
- прохождение судебной экспертизы;
- беседы с врачами, социальными работниками;
- разговоры с друзьями и членами семьи, которые хотят оказать поддержку после травмирующего события;
- взаимодействия с людьми, при котором не соблюдаются эмоциональные границы или дети чувствуют, что им не верят;
- ситуации, в которых ребенка просят раздеться или переодеться в присутствии других людей (медицинский осмотр, раздевалки в спортивных залах и т.д.);
- ситуации, когда физические ограничения или изоляция ребенка используются в качестве средства контроля;
- телевизионные передачи, фильмы, книги, в которых сюжет полностью или частично повторяет полученный потерпевшим негативный опыт^{<343>}.

К сожалению, даже зная о возможности повторной травматизации, специалист не всегда может ее избежать. Есть ситуации, в которых он обязан обратиться к неприятным воспоминаниям ребенка. Однако есть несколько приемов взаимодействия с потерпевшим, которые помогут смягчить возможные симптомы вторичной травмы. Всем специалистам, работающим с ситуациями применения к ребенку жестокого обращения, важно знать о триггерах, которые могут вызвать у несовершеннолетнего негативные переживания, и о ресурсах, к которым можно обратиться при необходимости совладания с нахлынувшими эмоциями^{<213>, <326>}.

Правила по смягчению проявлений вторичной травмы при взаимодействии с несовершеннолетними потерпевшими:

1. Избегайте проведения длительных процедур (бесед, осмотров, консультаций). Долгое, тяжелое по содержанию взаимодействие с ребенком может погрузить его в состояние глубоких негативных переживаний, восстановление после которых займет много времени и сил. Планируйте длительность и напряженность встреч с ребенком с учетом его состояния и возраста.
2. Установите четкий распорядок встреч. Заранее продумывайте время, продолжительность, обстановку, в которых будет проходить общение с потерпевшим, создавайте максимально безопасные условия.
3. Определите потенциальные триггеры (стрессоры). Проконсультируйтесь с родителем, лицом его замещающим или другими специалистами, которые уже взаимодействовали с ребенком и узнайте про стрессоры, которые по возможности нужно избегать.

4. Спрашивайте согласие потерпевшего на затрагивание в беседе определенных тем, поясняйте, что ребенок может не отвечать на вопросы, которые ему неприятны. Если избежать неприятной темы нельзя, обязательно объясните ребенку важность получения информации от него лично.
5. Сохраняйте непредвзятость, избегайте оценочных суждений. Внимательно и эмпатично выслушивайте всю ту информацию, которую сообщает ребенок, не позволяйте себе замечаний по поводу правдивости его высказываний или неадекватности реагирования.
6. Запланируйте время для перерыва. Во время отдыха попробуйте использовать с потерпевшим релаксационные техники (например, дыхательные).
7. Оповещайте ребенка о всем том, что с ним будет происходить. Объясняйте каждое свое действие и спрашивайте разрешение, прежде чем перейти к чему-то новому или произвести какие-то действия с ребенком.
8. Определите ресурсы, которые можно использовать в работе с конкретным случаем. Убедитесь, что ребенок с вами чувствует себя безопасно и узнайте у него как бы он хотел, чтобы вы ему помогли^{<217>, <331>}.

Основные принципы социальной и психологической реабилитации несовершеннолетних потерпевших

Принцип соблюдения интересов несовершеннолетних, подвергшихся различного рода противоправным действиям, предполагает реализацию их права на получение комплексной медико-психолого-социальной помощи. В настоящее время ее получение может быть рекомендовано специалистами на всех этапах судебного разбирательства и реализовано по запросу законных представителей несовершеннолетнего в лечебных заведениях психиатрического профиля и специализированных реабилитационных центрах, имеющих подготовленных профессионалов в области психологии и медицины. В оптимальном варианте оказание помощи потерпевшим должно финансово обеспечиваться государством с одновременным возмещением затраченных на нее расходов с осужденных за совершенные правонарушения.

При оказании помощи несовершеннолетним потерпевшим следует придерживаться следующих положений.

1. Комплексность реабилитационной помощи, межведомственное и междисциплинарное взаимодействие при ее оказании. Координация усилий специалистов разного профиля. Взаимный обмен информацией для решения общих задач при сохранении конфиденциальности.
2. Максимально быстрое оказание первичной помощи для нормализации психического состояния ребенка.

3. Работа с семьей и социальным окружением несовершеннолетнего потерпевшего. При внутрисемейном насилии – изоляция ребенка от агрессора и работа с другими членами семьи. При внесемейном насилии – оказание консультативной и психотерапевтической помощи родителям и другим членам семьи.
4. Этапность оказания помощи. Симптоматическая помощь на ранних этапах. Проработка содержания травмы на более отдаленных.
5. Профессионализм. Помощь должна оказываться специалистами, имеющими профильную подготовку в работе с психической травмой.
6. Профилактическая направленность работы, предупреждение ретравматизации и риска повторных правонарушений в отношении несовершеннолетнего.

РАЗДЕЛ 8. ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ И ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕБЕНКОМ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Понятие и история исследования психической (психологической) травмы

Термин «травма» имеет греческий корень и означает в оригинальном варианте «повреждение, рана». В наиболее общем виде под психической травмой понимается нарушение психической деятельности под воздействием тяжелых обстоятельств^{<340>}. В русскоязычной литературе, по свидетельству А.В. Михеевой (2009)^{<108>}, разные авторы понимают под травмой различное содержание: тяжелые индивидуальные переживания (Канторович Н.В., Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.), информационный, психогенный удар, характеризующийся чрезвычайностью, остротой, неожиданностью (Кровяков В.М., Вандыш-Бубко В.В.), значимые для человека жизненные события и ситуации (Кербиков О.В., Менделевич В.Д.). Американское управление психиатрических и наркологических служб (SAMSHA) предлагает следующую трактовку: «Индивидуальная травма является результатом события, серии событий или совокупности обстоятельств, которые переживаются человеком как физически или психически вредоносные или угрожающие и оказывают длительное негативное влияние на функционирование человека и его психическое, физическое, социальное, эмоциональное или духовное благополучие»^{<208>}. При этом подчеркивается, что ключевыми в этом определении являются три элемента: событие, субъективное переживание и негативный результат. В то же время, как следует из текста, собственно психической травмой является именно многоплановый негативный результат психотравмирующих событий.

Историки науки рассматривают представления о психической травме как изменяющийся во времени концепт. Понятие психической травмы было впервые применено немецким врачом Альбертом Ойленбургом (Albert Eulenburg) для обозначения психического шока, который он сравнивал с травматическим шоком после ранения. Однако лишь в работах Ж.М. Шарко понятие травмы получает теоретическую разработку как источника психического расстройства (истерии). Затем, отталкиваясь от исследований Шарко, возникают две различные теоретические линии, которые до сих пор развиваются параллельно. Одну из них в конце XIX века представляли А. Штрюмпель и Г. Оппенгейн, считавшие психическую травму, в отличие от Шарко, самостоятельным

нарушением со специфическим симптомокомплексом, вызванным функциональными физиологическими процессами. Вторую линию развивали П. Жане, Й. Брейер и З. Фрейд, подчеркивавшие, вслед за Шарко, психодинамическое происхождение травмы^{<284>}. Последователи этого психиатрического направления также разделились и разработали две различные модели представлений о травме: диссоциативную модель (П. Жане, французская традиция) и модель отреагирования (Й. Брейер, З. Фрейд). При проведении психотерапии целью П. Жане была реинтеграция личности на основе первоначальной стабилизации состояния пациента и последующей проработки его травматических воспоминаний. Модель Фрейда основывалась на его концепции бессознательного и была направлена на превращение патогенного бессознательного, обуславливающего фиксацию на травме, в сознательное переживание и отреагирование связанных с травмой аффективных состояний^{<173>}.

В дальнейшем предложенные разными авторами концепции и модели психической травмы, а также методы соответствующего психотерапевтического лечения применялись в условиях крайне психотравмирующих событий – первой и второй мировых войн. Шло накопление знаний о феноменологии травмы и вызывающих ее факторах. В России становление и развитие проблем психической травматизации проходило в рамках общемедицинского и клинического подходов и связано с именами известных психиатров: С.С. Корсакова (1901), В.П. Сербского (1912), В.А. Гиляровского (1942), О.В. Кербикова (1955).

В 30-е годы XX века началось развитие еще одного важного для понимания травмы концепта – теории стресса. Термин «стресс» был предложен американским физиологом У. Кенноном, изучавшим универсальные реакции «борьба или бегство» на столкновение с опасностью. В 1936 году врач и нейрофизиолог Ганс Селье опубликовал свою работу, посвященную концепции общего адаптационного синдрома – совокупности реакций организма на неблагоприятные условия среды, которая впоследствии была трансформирована в теорию стресса. Согласно теории Г. Селье, стресс – это состояние организма, находящегося под угрозой нарушения гомеостаза, универсальная реакция адаптации в ответ на любые предъявляемые организму требования в виде активного (борьба) или пассивного (бегство, терпение) поведения. Впоследствии стрессом стали обозначать реакции только на сильные раздражители. Были также введены категории стресса, вызванного положительными эмоциями (эустресс), и негативный тип стресса, который превышает адаптивные возможности человека и ведет к неблагоприятным последствиям в его организме, если он вызван сверхсильным раздражителем или длительным либо повторяющимся негативным воздействием (дистресс)^{<146>}. Теория стресса Селье была использована для нового осмысления психической травмы и введения в начале 1980-х годов

в международные классификации болезней диагностической категории «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», включающей, в частности такой диагноз, как «посттравматическое стрессовое расстройство». Общественным событием, подтолкнувшим этот процесс в 60-е годы XX века была вьетнамская война, которую вели Соединенные Штаты, и многочисленные психические травмы американских военнослужащих, вернувшихся с войны. Свою роль сыграло также признание значения травмы изнасилования как патогенного для психики фактора. Еще одним стимулом послужили исследования детской травмы Леноре Терр, материалом для которых послужили психические расстройства детей, подвергшихся террористической атаке^{<332>}.

В настоящее время диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство», для которого общеупотребительным обозначением стала аббревиатура ПТСР, включен в международные классификации МКБ-10 и DSM-V и достаточно широко применяется на практике. Согласно описаниям МКБ-10, ПТСР возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувств оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Часто встречаются перевозбуждение и выраженная сверхбдительность, повышенная реакция испуга и бессонница. Могут проявляться депрессия, тревога, суицидальные тенденции. Развитию описанного клинического состояния способствует определенная предрасположенность или уязвимость человека в виде повышенной чувствительности, астеничности, тревожности, однако они не являются обязательными при диагностике^{<109>}.

Вместе с тем практика работы специалистов с детьми, пережившими психотравмирующие события, показала, что детская симптоматика не всегда соответствует перечисленным выше признакам. Уже упомянутые исследования Л. Терр позволили ей описать типичные признаки психической травмы у детей: визуализированные или иным образом возникающие воспоминания о травматическом событии, повторяющееся поведение, специфичные для травмы страхи, а также измененные отношения и представления относительно людей, жизни и будущего. Она выделила два типа травмы у детей. Первый тип характерен для переживших внезапное психотравмирующее событие. У детей сохраняются полные детализированные воспоминания об этом событии, попытки понять, почему оно с ними произошло, и часто искаженное восприятие. Признаки второго типа травмы проявляют дети, подвергавшиеся

психотравмирующим воздействиям в течение длительного времени. Им в большей степени свойственны отрицание, замирание, диссоциация и гнев. В некоторых особенно тяжелых случаях у ребенка могут встречаться признаки обоих типов травмы^{<33>}.

В дальнейшем детские психиатры все более тщательно изучали посттравматические феномены у детей, причем отличия симптоматики от классической картины ПТСР у взрослых становились все более очерченными. По данным ряда авторов^{<318>}, дети с повторяющейся травматизацией, к которой относится, в первую очередь, жестокое обращение, проявляют типичный паттерн последовательно возникающих расстройств, т.е. нарушения регуляции в младенчестве, расстройство привязанности с расторможенностью или без нее в дошкольном возрасте, гиперкинетическое расстройство поведения в младшей школе или сочетание расстройства поведения и эмоционального расстройства в подростковом возрасте. Позже у таких детей во взрослом возрасте типичны личностные расстройства, часто сопровождаемые злоупотреблением алкоголем и наркотиками, самоповреждениями и аффективными расстройствами. Выяснялось, что одни и те же основные дефициты (такие, как нарушенная регуляция эмоций, низкая самооффективность, склонность к диссоциации) имеют вариативные последствия на разных стадиях развития пациента, что выражается в типичных для определенных возрастов психопатологических симптомах. При этом чем раньше начинается хроническая травматизация, тем более выражены патологические симптомы.

Известный американский исследователь психической травмы Б. Ван дер Колк (B. Van der Kolk) предложил понятие «расстройство травмы развития» (Developmental Trauma Disorder, DTD) для обозначения описанных выше феноменов^{<347/1>} и диагностические критерии этого расстройства, объединенные в три кластера: симптомы эмоциональной и физиологической дисрегуляции/диссоциации; трудности регуляции поведения и внимания; трудности саморегуляции, нестабильность самооценки и социальных связей. В 2009 г. эта новая диагностическая категория была предложена им и рядом других специалистов для включения в классификацию болезней DSM-V, однако это вызвало дискуссию в профессиональных кругах^{<319>},^{<245>}, а идея в представленном варианте принята не была.

Тем не менее, специфика детской психической травматизации все же нашла отражение в DSM-V. Разработчики DSM-V приняли решение создать наряду с сохранением традиционной категории ПТСР подтип ПТСР для детей дошкольного возраста, шести лет и младше. Диагностика раннего ПТСР предполагает наличие ряда признаков. Ребенок должен быть непосредственным участником психотравмирующих событий (угроза жизни, физическое или сексуальное насилие)

либо быть свидетелем психотравмирующих событий с другими людьми, особенно его близкими, или получить известие о травматическом событии с близкими. После этого в течение не менее одного месяца у него должны отмечаться специфические психические явления: повторяющиеся навязчивые воспоминания или сновидения о происшедшем, флэшбеки, диссоциативные реакции, дистресс при напоминании о психотравмирующем событии; избегание напоминаний о травматическом событии, частые страхи, чувство вины, стыд, социальная отгороженность; изменение реактивности – раздражительность, вспышки гнева без причины, сверхбдительность, возбудимость, трудности концентрации внимания, нарушения сна^{<285>}. Особенности ранней детской травмы представители Американского Национального сетевого сообщества по травматическому стрессу у детей (NCTSN) видят в том, что маленькие дети в силу возраста часто не могут вербализовать свои реакции на угрожающее событие, но их проявления могут быть, тем не менее, хорошо документированы^{<335>}.

Представления о детской психической травме продолжают развиваться. Существуют различные классификации ее видов. Так, сильный стресс, вызванный отдельным краткосрочным, обычно неожиданным тяжелым для ребенка событием, может быть обозначен как острая, или *шоковая*, травма. В том случае, когда ребенок подвергается длительному воздействию стрессового фактора, например, при буллинге, можно говорить о *хронической* травме. Аналогичным образом, хроническая травма развивается, если ребенок подвергается постоянному жестокому обращению в семье. Однако, если при этом, как часто бывает, жестокое обращение не сводится к одному виду, физическому, сексуальному, эмоциональному или пренебрежению потребностями ребенка, а представляет собой сочетание всех или нескольких вариантов, травма имеет комплексный характер, что послужило основанием для введения категории «*комплексная травма*». В литературе, однако, в качестве синонима этого понятия нередко встречается термин «*травма развития*».

Американское Национальное сетевое сообщество по травматическому стрессу у детей (NCTSN)^{<335>} приводит подробное описание проявлений комплексной психической травмы у детей и подростков, вызванной жестоким обращением. Обычно травмирующие ребенка события начинаются на ранних этапах жизни и могут нарушать многие аспекты развития ребенка, в том числе формирование чувства «Я». Насилие в отношении ребенка нарушает его способность формировать надежную привязанность, что лишает его источника безопасности и стабильности. Комплексная травма отражается и на физическом здоровье ребенка, так как постоянный стресс подрывает нормальное развитие иммунной системы. Травмированные дети и подростки страдают от телесной и эмоциональной дисрегуляции, так как реагируют на происходящее вокруг,

на сенсорные стимулы и обычные стрессы непропорционально, чрезмерно или недостаточно, проявляют гиперчувствительность или бесчувственность. Их эмоциональные реакции непредсказуемы и взрывчаты, но могут и отсутствовать в результате диссоциации. Диссоциация, защищая ребенка от травматического опыта, разрушает его чувство непрерывного времени и целостности «Я». Поведение таких детей также непредсказуемо, может быть агрессивным или чрезмерно податливым, что делает их подверженными риску девиантного поведения. Им трудно решать проблемы, планировать будущее, достигать поставленных целей. Для ориентации на будущее человеку нужно видеть смысл и ценность своих действий и своего «Я». Травмированные дети отличаются низкой самооценкой, негативным образом «Я», испытывают чувство стыда и вины. Их негативные ожидания мешают позитивному решению проблем и использованию возможности изменить свою жизнь.

Данные масштабного исследования влияния травмы детского возраста на взрослых людей, проведенного в Соединенных Штатах, свидетельствуют о том, что существует связь между подверженностью детской комплексной травме, рискованным поведением, хроническими заболеваниями и ранней смертью^{<194>}.

В 2022 году начинает действовать Международная классификация болезней 11-го пересмотра, принятая и в Российской Федерации. Она содержит много нововведений по сравнению с предыдущей версией, которые касаются и категории психической травмы. В разделе МКБ-11, посвященном расстройствам, имеющим специфическую связь со стрессом, сохраняется категория посттравматического стрессового расстройства (6B40) и вводится новая рубрика «*комплексное посттравматическое стрессовое расстройство*» (6B41). Оно не имеет возрастной специфики и может диагностироваться и у детей, и у взрослых. Комплексное расстройство вызывается «событием или серией событий крайне угрожающей или пугающей природы, чаще всего продолжительными или повторяющимися событиями, избежание которых затруднено или невозможно^{<262>}». К числу этих событий относится, в том числе, домашнее насилие и «повторяющиеся в детстве физическое и сексуальное насилие и злоупотребление». Критерии комплексного ПТСР включают в себя не только все признаки «традиционного» ПТСР, но и три дополнительных набора признаков. Комплексное ПТСР характеризуется тяжелыми и продолжающимися 1) проблемами регуляции аффекта; 2) убеждениями о себе как о не имеющем значения и ценности, сопровождаемыми чувствами стыда, вины или неудачи, связанными с травматическим событием и 3) трудностями в поддержании связей и ощущении близости с другими людьми. Эти симптомы вызывают существенное нарушение в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или иной важной сферы функционирования^{<221>}. В рамках применения

МКБ-11 для уточнения диагноза есть также возможность указания на факторы, влияющие на состояние здоровья или необходимость обращения к службам здравоохранения, в число которых входит личная история жестокого обращения (QE81)^{<263>}.

Таким образом, при рассмотрении проблемы насилия в отношении детей, жестокого обращения с детьми можно говорить о комплексной психической травме, или комплексном посттравматическом синдроме как их тяжелом последствии. Правильное понимание этого состояния позволяет наметить мишени психотерапевтической и консультативной работы с пострадавшим ребенком, ожидаемые результаты и выбрать соответствующие методические инструменты.

Комплексный междисциплинарный подход к диагностике, психотерапевтической и психокоррекционной работе с детьми, пострадавшими от насилия

Наиболее эффективная помощь детям, перенесшим насилие и жестокое обращение может быть оказана в условиях координированной совместной работы специалистов разных ведомств и профессий. Однако организация такой работы сама по себе сложная задача. Для ее выполнения должно быть построено гибкое и оперативное взаимодействие между ведомствами и службами, каждое из которых четко и профессионально действует в рамках своей компетенции, а специалисты одной профессии – в рамках конкретных функций. На разных этапах работы с пострадавшим ребенком это взаимодействие строится по-разному.

Даже подозрения специалистов организаций образования или социальных работников о наличии у ребенка признаков психической травмы вследствие жестокого обращения требуют междисциплинарной работы. Согласно рекомендациям Американского Национального сетевого сообщества по травматическому стрессу у детей, для диагностической оценки того, был ли подвержен ребенок комплексной травме, профессионалы, не имеющие специальности в области психического здоровья, должны обратить внимание на следующие обстоятельства:

- был ли ребенок подвержен в раннем детстве и позже повторяющимся воздействиям психотравмирующих событий в контексте семьи или опеки либо в близком социальном окружении?
- испытывает ли ребенок трудности в регулировании или контроле поведения, иногда бывая гиперактивным, склонным к рискованному поведению или нарушению правил?
- испытывает ли ребенок трудности в концентрации внимания или учебе?
- испытывает ли ребенок постоянные трудности в отношениях с другими?

- проявляет ли ребенок трудности в регулировании телесных состояний и эмоций, включая проблемы со сном, питанием, сенсорными процессами, а также с регуляцией, распознаванием или выражением эмоций?
- имеет ли ребенок множественные психиатрические диагнозы, ни один из которых не объясняет исчерпывающим образом его поведение и проблемы.

При утвердительном ответе на эти вопросы следует направить ребенка на углубленное обследование к специалистам в области психического здоровья.

Если же факт насилия и жестокого обращения установлен, то конкретный характер взаимодействия между представителями различных ведомств зависит от этапа работы с ребенком.

1. Этап обнаружения события и последствий совершенного насилия

Сообщение о насилии может быть получено родными ребенка в семье. В этом случае они обращаются в правоохранительные органы, которые фиксируют сведения и организуют их проверку. Уже на этой стадии в опросе ребенка может участвовать психолог, помогающий следователю установить контакт с ребенком и получить от него информацию.

Если информацию о жестоком обращении с ребенком первично выявляют специалисты (например, сотрудники медицинских, образовательных и других учреждений), то одновременно с оповещением правоохранительных органов они должны организовать социальную поддержку ребенку, его защиту от продолжения насилия, психологическую и медицинскую помощь, подключая соответствующие ведомства и организации.

Психологическая реабилитация может проводиться как в форме отдельных консультативных встреч, так и в виде регулярных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, начиная с момента получения сведений о правонарушении, охватывая весь период проведения судебно-следственных мероприятий, и продолжаться до нормализации состояния потерпевшего и редукции травматических симптомов. При оказании психологической помощи детям и подросткам, пострадавшим от правонарушений, крайне желательным является соблюдение принципа профессиональной преемственности, который предполагает взаимный обмен информацией между специалистами, привлеченными к работе с несовершеннолетним потерпевшим на различных этапах рассмотрения уголовного дела. Так, информация, полученная психологом на этапе доследственной проверки или допроса несовершеннолетнего потерпевшего, сведения, содержащиеся в актах психолого-психиатрической экспертизы, могут быть использованы для определения мишеней при оказании психотерапевтической помощи.

2. Этап возбуждения уголовного дела и проведения следственных действий с несовершеннолетним потерпевшим

При возбуждении уголовного дела присутствие при следственных действиях психолога или педагога становится обязательным. Опрос ребенка о совершенном в отношении него преступлении сам по себе является психотравмирующим фактором. Задача специалистов заключается в том, чтобы провести его в максимально благоприятной для ребенка психологической обстановке, с соблюдением правил получения информации от несовершеннолетнего, что способствует ее надежности. К условиям соблюдения интересов ребенка относится, в частности, проведение видеозаписи допроса, так как это позволяет не проводить с ним повторных следственных действий, в том числе в судебном заседании, что психолог может разъяснить ребенку и его законному представителю. В то же время психолог, участвующий в следственных действиях с несовершеннолетним потерпевшим, не должен брать на себя выполнение функций диагностики или психотерапии / психокоррекции. Психолог не должен высказывать суждений, о том, насколько правдиво, искренне или, наоборот, неискренне давал показание ребенок. Аналогичным образом не следует смешивать профессиональные роли сопровождающего следственные действия и психотерапевта, даже если эти действия проводились в специально оборудованных помещениях учреждения социальной защиты.

Тем не менее, часто ребенок нуждается в психологической и психотерапевтической помощи, и она должна быть оказана. Оптимально ее проведение специалистом, получившим подготовку в этой особой области.

При этом нужно иметь в виду, что обсуждение с ребенком того, что с ним случилось, особенно в первое время, не рекомендуется по нескольким причинам. Во-первых, возвращение к психотравмирующей ситуации может быть для него болезненным. Во-вторых, такое обсуждение может исказить информацию, которую несовершеннолетний потерпевший дает на следствии и которая имеет значение для уголовного дела. Особенно важно учитывать это обстоятельство при работе с малолетними потерпевшими.

Частая ошибка психологов социальной сферы или сферы образования заключается в том, что они берут на себя работу с травмированным ребенком, не обращаясь к медицинским специалистам, тогда как такая работа требует междисциплинарного подхода. Само понятие травмы, в том числе комплексной, имеет, прежде всего, медицинский, клинический характер. В связи с этим психолог, педагог, социальный педагог, социальный работник должны знать пределы компетенции своей профессии и обращаться к профессионалам смежных специальностей – педиатрам и специалистам в области детской и подростковой психиатрии. Задача начального этапа работы с пострадавшим от насилия ребенком – стабилизация его психического состояния, в чем может быть значительной помощью психиатра. Нередко психическая травма у ребенка

сопровождается другими проблемами здоровья, в том числе вызванными органическими или функциональными расстройствами центральной нервной системы, своевременное лечение которых значительно облегчает улучшение и общего психологического состояния.

От состояния ребенка зависит и то, в какой мере необходимо участие психолога и психиатра. При снятии болезненной симптоматики увеличивается роль психолога, а также социального педагога, который обеспечивает включение ребенка в социальную активность, общение со сверстниками. Активизируется включенность ребенка в педагогический процесс в школе.

3. Этап комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетнего потерпевшего

Участие в экспертизе – еще одна профессиональная роль психолога. Она также не должна смешиваться с ролью психолога, сопровождающего следственные действия, и ролью психотерапевта. Психолог-эксперт должен быть нейтральным и независимым в оценке психического состояния несовершеннолетнего потерпевшего и в формулировке ответов на вопросы следствия и суда. Он взаимодействует только с экспертами психиатрами и следователями. При этом для него ценной может быть информация в уголовном деле о психологическом состоянии потерпевшего на предшествующих этапах от психологов, сопровождавших следственные действия, и работающих с ним в качестве психотерапевтов.

4. Этап судебного разбирательства и вынесение приговора

На этом этапе, как правило, уже не происходит изменений в информационной основе дела, а приговор закрепляет правовую оценку содержания. Если с ребенком до этого момента велась комплексная медико-психолого-социальная работа, то ее результаты и завершение дела обычно дают возможность ребенку восстановления психологического благополучия. Однако в ряде случаев оказание ребенку помощи требуется в течение более длительного времени. В подобных обстоятельствах в зависимости от конкретных потребностей потерпевшего должны быть задействованы все необходимые ресурсы социальной сферы – медицинского, социального, образовательного кластеров, причем их усилия должны быть координированы без дублирования ролей и функций. Решение этой задачи пока находится не всегда, хотя обычно координирующую роль берут на себя службы социальной защиты.

Структура работы психолога с последствиями перенесенного ребенком насилия и жестокого обращения

Психологическое консультирование детей по вопросам насилия и жестокого обращения является комплексным процессом, включающим различные направления деятельности. Здесь следует знать принципы оказания психологической помощи, основные направления и задачи.

Основным принципом оказания психологической помощи ребенку в данной ситуации будет необходимость сохранения конфиденциальности. Специалист сохраняет конфиденциальность, то есть не разглашает подробностей случившегося и информации о семье до тех пор, пока это не противоречит интересам ребенка. Любая информация о семье и самом ребенке может быть сообщена в органы внутренних дел, органы опеки или здравоохранения, в том случае если этого требует безопасность ребенка, даже если сам ребенок по каким-либо причинам против этого. При этом, обязательно уточнить страхи и опасения ребенка по этому поводу. Он должен быть в курсе всех действий в отношении его ситуации. Задача психолога проработать возможные негативные последствия, связанные с неизвестностью у ребенка. В некоторых случаях, сохранение конфиденциальности будет равносильно сокрытию факта насилия.

Общий алгоритм работы психолога по вопросам насилия будет строиться на необходимости, в первую очередь, установить контакт с ребенком и его семьей, а также будет включать:

- обеспечение безопасности ребенка;
- сбор информации о ситуации ребенка;
- оценку полноты и объективности имеющейся информации;
- составление плана работы с ребенком и семьей;
- психологическую работу по преодолению последствий насилия индивидуально с ребенком и на внутрисемейном уровне;

В кризисной работе с жертвами насилия основная цель консультанта заключается в уменьшении и ликвидации травматических переживаний, чувства собственной неполноценности, помощи в укреплении адекватной самооценки. На данном этапе важно дать возможность пострадавшему пережить сложные чувства, возникшие в ситуации.

Беседа с психологом позволяет создать безопасную среду, где пострадавший может получить поддержку и увидеть, что он не одинок. Консультанту важно придерживаться следующих принципов в работе:

1. Обеспечить наиболее полное и безусловное принятие ребенка и его чувств. «Это очень тяжело столкнуться с такой ситуацией», «Я сейчас с тобой и готов тебе помочь».

2. Способствовать повышению самооценки. Выявить и укрепить сильные стороны личности ребенка. «Ты не заслуживаешь такого к себе отношения», «Ты справишься, ситуация сложная, но я уверена, у тебя есть для этого силы».
3. Помочь определить основные проблемы, связанные с ситуацией, определить запрос для психологической работы.
4. Помочь мобилизовать системы поддержки личности.
5. Помочь осознать серьезность происшедшего.
6. Помочь осознать необходимость привлечения различных ресурсов (в том числе и временных) для решения ситуации.

Если обращение ребенка произошло от него напрямую, важно заверить его в конфиденциальности обращения, это поможет установить доверительные отношения.

Если ситуация насилия произошла с ребенком давно, и психолог прорабатывает пережитое событие и связанным с ним состоянием, то он должен работать с целью проработки последствий насилия. В работе психолога при данном запросе важно придерживаться следующих принципов:

- следует убедить ребенка, что у него есть достаточно сил и ресурсов для проработки проблемы. Необходимо найти несколько вариантов рекомендаций, чтобы было понимание, что проблема решаема. Проработать ресурсы, которые могут помочь в ситуации;
- важно прорабатывать негативные убеждения и с чувство вины, оно прямо или косвенно будет присутствовать в консультации;
- не следует давить на ребенка для принятия решений, необходимо способствовать малейшим изменениям его суждений о ситуации, изменениям его эмоционального отношения к проблеме;
- важно проанализировать копинг-стратегии, которыми пользовался ребенок для переживания ситуации. Выделить эффективные и обсудить неэффективные.

Для детей–жертв насилия характерна склонность к диссоциации переживания: диссоциация отделяет переживание от памяти, переживание расчленяется отдельно на соматические, обонятельные, осязательные «воспоминания», отдельные аффективные «вспышки»^{<58>}. Именно поэтому рассказывание истории насилия становится очень важным для ребенка. Если он готов поделиться и сам выходит на такой разговор, помогите ему вербализировать свой травматический опыт. Для понимания готовности обязательно спросите об этом. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, и он должен быть предоставлен активным слушанием.

Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что агрессору не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам.

После отреагирования эмоционального напряжения следует постепенно переходить к работе по восстановлению личностного контроля. В этом процессе не может быть быстрых результатов. Психологу следует наметить эту цель как основу для проработки проблемы и мотивировать ребенка для дальнейшей психологической работы.

В переживаниях больше всего проявляется чувство беспомощности ребенка перед сложившейся ситуацией и страх, что он не контролирует даже самые простые события. Поэтому любую попытку восстановить самоконтроль следует услышать и поддержать. Важно также работать над восстановлением самооценки, которая подорвана в результате совершенного насилия и смещена в сторону самообвинения и чрезмерных угрызений совести. Очень важно восстановление доверия, которое предано или разрушено. Часто речь идет не только о доверии к отдельным людям, но и к миру в целом^{<160>}.

Рассмотрим подробнее аспекты работы психолога с каждым из видов насилия.

Физическое насилие может проявляться как со стороны взрослых (близких ребенка или сторонних взрослых), а также со стороны сверстников. Рекомендации для каждого из таких запросов будут разные. Например, основной рекомендацией при физическом насилии в семье будет привлечение других взрослых для решения ситуации, а также органов опеки и попечительства. При физическом насилии со стороны сверстников важно проработать план безопасности и стратегии предотвращения ситуации насилия в будущем.

Во время беседы с ребенком, пережившим физическое насилие, психологу необходимо:

1. Собрать всю необходимую информацию для прояснения ситуации (кто проявил насилие в отношении ребенка, кто еще знает об этой ситуации, когда произошло насилие);
2. На данном этапе консультант вместе с ребенком как будто преодолевает границу пространства и времени и пытается воссоздать в наименее травматичной форме образ агрессора. Можно, например, попросить ребенка нарисовать этого человека в своем воображении: «Как ты думаешь, как мог бы выглядеть он (она) на рисунке? Попробуй представить его в своем воображении, как на картинке». Консультант должен особое внимание обращать на детали рассказа, отталкиваясь от которых можно будет на следующих этапах работы.
3. Расспрашивать о том, что именно делали с ребенком нужно только при условии, что ребенок хочет об этом рассказывать. В данном случае консультант работает с той информацией, которую сам ребенок решает предоставить. Основная задача – выявить наиболее важные для ребенка моменты. Стоит обратить внимание на то, что дети часто очень эмоциональны, что приводит к отсутствию логики и

последовательности рассказа. Некоторые высказывания нуждаются в переформулировании и уточнении.

4. Поговорить о чувствах ребенка, понять, как ребенок воспринимает акт насилия, какие чувства связаны с ним. На данном этапе консультанту необходимо сконцентрировать свое внимание на деталях, так как некоторые из них, на первый взгляд, не очень значимые, могут впоследствии выйти на первый план.
5. Составить совместно с ребенком план безопасного поведения и совладания с насилием. Необходимо восстановить последовательность действий: что ребенок или кто-либо еще делал для того, чтобы остановить насилие, или по каким причинам это было невозможно. В данном случае консультант проводит анализ конкретных примеров оказания противодействия или причин невозможности противодействия насилию. Стоит обратить внимание, сообщал ли ребенок кому-то о происходящем в надежде получить помощь, кому именно, делали ли это другие люди (кто они), надеялся ли ребенок получить от них помощь, каким образом насилие было прекращено и/или каким образом человек, пришедший на помощь, реагировал. Главная цель – получить информацию, что насилие может быть остановлено, и каким образом (с помощью кого, каких обстоятельств) это было осуществлено.
6. Обсудить с ребенком то, что каждый ребенок является уникальной личностью, никто не имеет право причинить ему вред.
7. Построить совместно с ребенком позитивный план на будущее, о его мечтах, интересах, ценностях, ресурсах. В простой и доступной форме консультант совместно с ребенком может проговорить, что, когда он вырастет, то обязательно станет хорошим, успешным и счастливым человеком^{<30>}.

Пострадавший от **сексуального насилия** ребенок испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу. Психологу важно в ситуации проработки насилия над ребенком уделить внимание сначала тем чувствам, в которых ребенок находится на текущий момент обращения, и которые консультант слышит (например, страх, что не поймут, застенчивость и пр.). С таким ребёнком в разговоре нужно особое внимание уделить установлению контакта, дать понять ребенку о конфиденциальности разговора, отразить текущее состояние, например:

«Я понимаю, очень сложно о таком говорить»;

«Я хотела бы, чтобы ты рассказал то, что тебя тревожит. Ты можешь мне доверять»;

«Я слышу, что ты очень боишься об этом говорить. Я понимаю тебя, это очень сложно. Но поверь, ты сделаешь большой шаг по преодолению этой проблемы, когда я смогу помочь тебе».

Далее в консультации следует уже прорабатывать те эмоции, которые ребенок испытывает к возникшей ситуации насилия (гнев, чувство вины, подавленность и пр.). Работа с этими эмоциями важна для того, чтобы ребенок мог осознать проблему, рассказать о ней взрослым, проработать возникшую травму.

Если обращение за психологической помощью произошло экстренно сразу после акта насилия, необходимо проинформировать его родителей, где получить юридическую и информационную поддержку, но такая информация должна даваться только лишь в самом конце беседы, как завершающая ее часть. Следует мотивировать родителей ребенка на необходимость дать показания следственным органам и как можно быстрее пройти медицинское обследование. Важно проговорить с пострадавшим ребенком порядок действий в этом случае, чтобы это не вызывало у него крайне негативную реакцию, предвосхитив ее возникновение.

При работе с последствиями изнасилования желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший. Если это невозможно, то следует уточнить у ребенка, комфортно ли ему общаться со специалистом другого пола. Если нет, то по возможности следует адресовать его к другому специалисту.

В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать обстоятельства психотравмы. Прежде всего, следует поощрить пострадавшего к разговору об ощущениях и чувствах. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, чему способствует активное слушание. Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что насильнику не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что он действовал правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством тому является тот факт, что он остался жив.

В процессе проработки проблемы сексуального насилия важно понимать, на каком этапе проблемы находится ребенок. На каждом из этапов будет свой запрос. Психологу важно проинформировать пострадавшего о данных этапах для понимания того, что решение проблемы многоступенчато и динамично, и в процессе беседы помочь в переходе на следующий этап. Рассмотрим этапы проработки проблемы сексуального насилия ребенка при давно полученной травме. Эти этапы также помогут пострадавшему в проработке проблемы, если перед консультантом стоит запрос на желание «отпустить» давно пережитое травматическое событие.

1. Признание факта насилия. Для проработки травмы необходимо понять, что в действительности произошло в прошлом. Некоторые жертвы не помнят, что конкретно с ними было, другие просто не позволяют себе оценить значение этой травмы и всего, что с ней

связано, ограждают себя от боли. На данном этапе важно признать, что этот факт был в жизни ребенка, и смочь о нем рассказать³⁶.

2. Осознание и выражение чувств. Когда факт насилия принят ребенком, его охватывают тяжелые эмоции, которые были внутри него все это время, но подавлялись им. Важно проговорить с пострадавшим весь спектр его переживаний и отношений к себе, агрессору, окружающим. Следует уточнить, кто в повседневной жизни мог бы оказать ему эмоциональную поддержку по этому вопросу.
3. Противостояние (прямое или косвенное) самой ситуации, человеку, который ее вызвал или другим людям, так или иначе связанным с происшедшим. Важно поделиться своими переживаниями с теми, кого сложно простить или отпустить. Ребенку важно выразить свое эмоциональное состояние по отношению к окружающим, к себе. Это может вызывать сопротивление, но это важный этап в переходе к принятию ситуации.
4. Изменение отношений с другими людьми. Ребенок учится заново выстраивать коммуникации с окружающими людьми. Здесь может быть выбор: как жить дальше, изменить ли что-либо в своей жизни. Важно понимать, не остались ли какие-либо защитные механизмы, связанные с травмой в повседневной жизни.
5. Реорганизация и открытие себя заново. Это ощущение своей уникальности и появление готовности к дальнейшему росту.
6. Забота о себе. Важно проанализировать, чего именно не хватало в жизни ранее, и позаботиться о себе.
7. Прощение себя. Это этап принятия и освобождения от чувства вины. В консультировании жертвы изнасилования самое главное, тонко чувствовать свои границы и границы ребенка, когда можно зайти глубже, а когда лучше остановиться, взять паузу. Прежде всего, следует поработать с чувствами, эмоциями, ощущениями. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, и он должен быть предоставлен консультантом при помощи активного слушания и других методов экстренной психологической помощи.

Психическое насилие редко становится основанием для социального вмешательства в семью, лишения родителей родительских прав или привлечения их к уголовной ответственности. Это связано с тем, что психическое насилие сложно выявить, еще сложнее обосновать, что действия родителей дают основание применить установленные законом средства для защиты прав ребенка, поскольку в полной мере негативные последствия данного вида жестокого обращения проявляются спустя длительное время. Кроме того, отсутствуют четкие границы, отделяющие допустимые дисциплинарные меры от психического насилия, и той тяжести психического насилия, которая дает основания для привлечения родителей к административной или уголовной

ответственности либо является основанием для предъявления иска о лишении родительских прав^{<92>}.

Поэтому при подобном обращении психологу важно проанализировать с ребенком возможные ресурсы для помощи в данной ситуации. Рекомендации будут зависеть от тяжести насильственных действий.

Помощь ребенку при данном типе насилия будет заключаться, как правило, в привлечении третьих лиц. Помочь в сложной ситуации могут близкие родственники, социальные службы. Задача психолога найти доступные формы помощи, информировать о них ребенка и мотивировать на решение ситуации.

Подводя итоги процесса психологической поддержки детей-жертв насилия, вы делим общий алгоритм работы с такими типами обращений.

- определите характер травмы, уровень опасности, время и частоту совершаемых действий;
- проработайте эмоциональное состояние ребенка на момент консультации и далее в процессе работы по отношению к травме (вина, обида, агрессия и др.), окажите психологическую поддержку;
- уточните ожидания от консультации и то, как ребенок хотел бы, чтобы ситуация решилась;
- сформулируйте задачи консультирования. Проработайте эмоциональное состояние ребенка по отношению к обидчику. В зависимости от тяжести ситуации последовательно рассмотрите направления работы;
- проработайте пути решения сложившейся ситуации исходя из запроса;
- предложите пройти медицинское освидетельствование, обратиться к юристу за консультацией или с заявлением в полицию (самостоятельно – для взрослого или с родителями – для детей);

Таким образом, мы рассмотрели различные направления в работе психолога при проработке обращений по теме насилия с ребенком. Далее подробнее рассмотрим специфику обращений родителей по данной проблематике.

Работа с родителями по запросам насилия над детьми

Обращения от родителей по теме насилия над детьми не редки в практике. Основным запросом родителей по данной теме будет запрос на помощь ребенку в ситуации уже полученной травмы. Психологу важно оказать родителю эмоциональную поддержку, а также поддержать его заботу о ребенке, уверить в том, что вместе они смогут разобраться в ситуации и помочь ребенку. Рассмотрим основные рекомендации родителям по оказанию помощи детям, пострадавшим от насилия со стороны посторонних лиц. При беседе с родителем психологу необходимо:

1. Объяснить родителям, что они должны занять четкую позицию в осуждении агрессора и не допускать мысль о том, что поведение ребенка могло спровоцировать ситуацию.

2. Создавать атмосферу доверия, интересоваться состоянием ребенка, не критиковать его плохое настроение или агрессию. Разбирать сложные ситуации, акцентируя внимание на том, что все люди иногда грустят или злятся.
3. Рассказать родителям о важности личного пространства для ребенка, собственного мнения, о праве на возможность принятия решений, уникальности ребенка, как личности.
4. Поработать с чувствами самого родителя, поговорить о ситуации насилия, объяснить, что родитель также может поговорить об этом с ребенком, помочь выговориться, выразить свои чувства в адекватной форме.
5. Подчеркнуть важность таких разговоров «по душам» о любви, об отношениях, о дружбе, даже о сексе, чтобы понять разницу между комфортными для всех отношениями по взаимному согласию и насилием.
6. Объяснить, как ребенку выстраивать доверительные отношения и устанавливать дистанцию. Поработать с темой границ, их нарушения и защиты в отношениях.

Доверительный разговор родителя с ребёнком – это основа, которая поможет понять степень нанесенной травмы, ее давность и пр. Такой разговор нужен ребенку, скорее всего, он замкнулся после пережитого события, и для проработки проблемы ему обязательно нужна помощь взрослого. При обращении родителя консультанту важно проработать доверительный диалог родителя с ребенком.

Если взрослый видит изменения ребенка, но не уверен в наличии насильственных действий, то важно сначала проработать диалог на выявление наличия травмирующего события. Что может сделать родитель для организации такого диалога, если он хочет самостоятельно прояснить ситуацию насилия и оказать ребенку поддержку:

1. Создать спокойную обстановку, выбрать время, спокойно и доброжелательно один на один, без посторонних поговорить с ребенком. Если ребёнок очень маленький, можно предложить порисовать, поиграть, – в такой форме дети чаще показывают, что произошло.
2. Уточнить у ребенка и расспросить о возможных фактах насилия. В ситуации сексуального насилия можно уточнить, не прикасался ли кто-нибудь к нему и к его гениталиям неуместным образом. Не показывал ли ему картинки с голыми людьми, людьми, занимающимися непонятными для ребёнка вещами. Следует помнить, что не всегда насилие связано с физическим контактом, и не всегда физический контакт причиняет ребёнку боль. Поэтому ваши вопросы: «Тебя кто-то обидел? Причинил тебе боль? Сделал тебе плохо?» могут просто быть непонятны ребёнку. Поэтому необходимо формулировать вопросы как можно четче.

3. Если родители заметили, что ребёнок избегает конкретного взрослого или определённого места, следует спросить его об этом. Можно сказать, что родитель заметил это, обратить внимание, на то, что поведение ребенка изменилось, что он стал агрессивным, вспыльчивым или замкнутым. И спросить, с чем это может быть связано.

Действия родителя далее должно строиться в соответствии с тем, что конкретно рассказал ребенок. Психологу важно оказывать поддержку на каждом из этапов работы, начиная от выявления факта насилия над ребенком, проработкой состояния ребенка и, в дальнейшем, и состояния родителей, заканчивая выработкой стратегии дальнейшего функционирования семьи.

Типичные ошибки консультанта при работе с запросом насилия над ребенком

В работе с такой сложной категорией обращений психологу иногда не удается избежать ошибок в процессе консультирования. Рассмотрим основные из них для возможного предотвращения их появления. Консультанту не следует:

1. Задавать большое количество вопросов, которые могут напоминать ребенку процедуру допроса, еще больше погружая его в события травматической ситуации.
2. Негативно оценивать личность ребенка или его родственников. Важно сохранять безоценочную позицию во время всей консультации. Консультант может выразить свои чувства по отношению к событию, однако это стоит делать с осторожностью, важно оставаться спокойным.
3. Подталкивать ребенка к определенным решениям и действиям, когда он еще не готов, например, обратиться в полицию или переехать жить к родственникам. Такой вариант можно предложить в качестве альтернативы. Важно, чтобы ребенок не чувствовал давление от консультанта, принимал решение самостоятельно.
4. Ограничивать консультацию переадресацией в специализированное учреждение, без работы с эмоциями, чувствами, травмой.
5. Обвинять пострадавшего ребенка, намекать на беспомощность и бездействие, либо действия, которые подтолкнули агрессора к насилию.

РАЗДЕЛ 9. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛУЧШИХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ

Психодинамический подход

Современный психодинамический подход базируется на психоанализе, который ввел в психотерапию Зигмунд Фрейд, а затем его ученики и последователи, такие, как К.Юнг, А.Адлер, К. Хорни, Д.В. Винникотт и другие. Работа психоаналитика направлена на диагностику связи невротических симптомов в настоящем с наличием травматического психосоциального опыта в прошлом, как правило в отношениях со значимыми близкими (родителями и опекунами) и другими членами социума.

«В основе динамического подхода в психотерапии лежит стремление достичь понимания динамики психической жизни индивида на основании концепции бессознательного...Внимание в ней акцентируется на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные механизмы защиты, межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению через перенос, которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его психическое состояние и поведение»^{<10>}.

Исторически возникновение детского психоанализа связывают с работой Зигмунда Фрейда (1909) с описанием терапевтического случая с 5-тилетним мальчиком Гансом, которого фактически лечил его собственный отец, ученик Зигмунда Фрейда^{<177>}. Но в целом, «З. Фрейд мало писал о детях, но практически во всех описаниях своих клинических случаев он уделял большое внимание инфантильным проявлениям в психике взрослых пациентов, выводя корни невротических конфликтов»^{<123>}.

Вслед за З. Фрейдом, применяя психоанализ при работе с детьми, Гермина Хаг-Хельмут, увидела проблему в том, что дети испытывают трудности при выражении словами тревоги и беспокойства, озабоченности прошлым опытом или стадиями развития, продуцировать свободные ассоциации. Именно Гермина Хаг-Хельмут предложила использовать в психотерапевтической работе с детьми игру и игрушки для того, чтобы они могли выразить себя^{<261>}.

Более подробное и основательное развитие детский психоанализ получил в работах Мелани Кляйн и Анны Фрейд. Публикации А. Фрейд «Введение в технику детского психоанализа» (1927), «Детство в норме и патологии» (1965), работы М. Кляйн «Психоанализ детей» (1932),

«Психоаналитическая игровая техника: ее история и значение» (1955), и другие работы оказали существенное влияние на развитие психотерапевтической работы в русле психоанализа^{<178>}.

Большинство терапевтов того времени считали, что психоанализ не применим к детям, Мелани Кляйн в противовес этим утверждениям, говорила, нужно изменить метод. Ей принадлежит изобретение психоаналитической техники игры, спонтанность которой она приравнивала снам и видела в этом возможность получить доступ к бессознательному. Мелани Кляйн пересмотрела взгляды З. Фрейда на периодизацию возникновения Эдипова комплекса и Супер Эго и показала, что они возникают с первых этапов развития психической жизни ребенка. Также она сумела описать способность ребенка в 3–4 года к переносу, который можно интерпретировать и провести психоаналитическое лечение^{<72>}.

Дочь основателя психоанализа Анна Фрейд была одной из первых, кто способствовал становлению и развитию детского психоанализа. Её первой самостоятельной работой было психоаналитическое исследование пятнадцатилетней девочки, которое было озвучено в докладе «Фантазия избиения во сне и наяву» в 1922 году, что послужило основанием включения её в члены Венского психоаналитического общества. В своей исследовательской и терапевтической деятельности А. Фрейд исходила из того, что детский психоанализ требует специальной техники, поскольку в отличие от взрослого ребенок является незрелым, несамостоятельным существом, решение на анализ никогда не исходит от него самого, он не чувствует никакого нарушения и чаще всего у него нет сознания того, что он болен. Позиция А. Фрейд опиралась на слабые возможности ребенка облекать в слова то, что чувствует, а также незрелость детской психики. А. Фрейд по праву считают основателем детского психоанализа, которая наиболее полно раскрыла применение игровых методов в работе с детьми в то время. Это наблюдение за детьми во время рисования и ручного труда, игр в воде и с песком, игрушками, во время спортивных игр и уходом за животными.

Эрик Эриксон после знакомства с Анной Фрейд, а также по её совету получил образование психоаналитика в Вене, где и специализировался по детскому психоанализу. Позднее, получив медицинское образование в Соединенных Штатах, он создал свою эпигенетическую теорию, в которой выделил 8 возрастных стадий, переход к каждой из них решает новые задачи перед индивидом. Э. Эриксон в своей теории основывается на терминологии, введенной З. Фрейдом, однако развивает её в своем ключе. Эриксон был убежден, что проблемы и трудности, пережитые в детстве, сказываются на последующей жизни человека, но к ним можно вернуться и пересмотреть в ходе терапии, скорректировать или компенсировать.

Основы практического применения современного детского психоанализа достаточно исчерпывающе описали в своей работе П.Ф. Кернберг, Р. Ритво, Х. Кейбл 2012 году^{<269>}.

Они указали на 9 основных положений практики динамической психотерапии.

1. Сложные, неосознанные психические процессы определяют сознательное мышление и целенаправленное поведение.
2. Внутренние представления об опыте общения со значимыми людьми и реальном мире формируют основные предположения и ожидания индивида.
3. Наблюдаемые мысли и поведение, включая симптомы, чрезмерно детерминированы, т.е. они возникают из более чем одного бессознательного источника. Коммуникации имеют множество значений.
4. Психический конфликт всегда присутствует и является частью нормального развития. Внешние конфликты возникают между индивидом и социальной или физической средой, когда потребности одного конфликтуют с другими. Внутренние конфликты возникают в уме. Чаще всего внутренние конфликты возникают, когда побуждения, импульсы и желания индивида вступают в конфликт с интернализированными социальными, особенно родительскими, запретами.
5. Защитные механизмы – это бессознательные психические механизмы, которые снижают тревогу и поддерживают психологический гомеостаз. Защитные механизмы трансформируются в процессе развития от примитивных, незрелых защитных механизмов к более гибким, зрелым защитным механизмам. Жестко удерживаемая защита может стать неадаптивной и помешать дальнейшему развитию.
6. Соппротивление психологическим изменениям служит поддержанию психической стабильности, хотя и замедляет терапевтический процесс.
7. Перенос, а именно повторение или воссоздание во взаимодействии терапевта и пациента интернализированных реляционных паттернов прошлого опыта с родителями или другими значимыми лицами, предоставляет возможность наблюдать, понимать и пересматривать эти интернализированные реляционные паттерны.
8. Нейтральность терапевта, непредвзятость, уважительное, эмпатическое, поддерживающее отношение к пациенту создает безопасную обстановку отношений для терапии. Нейтралитет терапевта содействует свободному самовыражению пациента. Терапевт стремится следовать за ребенком.
9. Эмоциональные реакции терапевта на пациента (контрперенос) важны для того, чтобы терапевт их распознал и понял. Терапевт может получить представление о внутренних конфликтах ребенка, исходя из чувств, которые ребенок вызывает у терапевта. Терапевт также должен быть осведомлен о случаях, когда ребенок возбуждает собственные внутренние конфликты терапевта, чтобы эти конфликты не подрывали нейтралитет терапевта.

Авторы, проанализировав множество работ по психоанализу, пришли к выводу, что применяемая психодинамическая психотерапия для

детей может быть: краткой (от 6 до 20 сеансов), средней продолжительности (от 21 до 60 сеансов), долгосрочной (100 и более сеансов).

По мнению авторов, которое сформировалось в результате обширного мета-анализа современных работ в рецензируемых источниках, детский психоаналитик должен уметь говорить на языке ребенка, уметь подстраиваться, формулировать сообщения и играть с пониманием уровня развития ребенка на тот момент.

Психодинамическая психотерапия проводится в три этапа: начальная фаза, средняя фаза и завершающая фаза.

Классическая психодинамическая терапия делает акцент на том, чтобы позволить ребенку взять на себя инициативу в принятии решения о том, что делать на данном сеансе. Этот недирективный гибкий подход направлен на максимальное самовыражение ребенка и его участие в процессе. Терапевт стремится присоединиться к ребенку в качестве заинтересованного наблюдателя-участника. Психодинамическая теория определяет структуру мышления терапевта и планируемых вмешательств. Эти вмешательства могут быть адаптированы к конкретному пациенту.

Начальная фаза включает в себя первоначальный контакт и диагностику, формулировку случая, установление процедур и механизмов лечения. Перед терапевтом стоит задача вовлечения в процесс пациента и лиц, осуществляющих уход за ним, что закладывает основу для доверительных, конфиденциальных отношений.

Задача **основной фазы** состоит в том, чтобы способствовать изменению внутреннего мира ребенка в таких областях, как саморегуляция, внутренние представления о себе и других, защитные механизмы и рефлексивная функция. Терапевт с помощью диалоговых или игровых разъяснений и интерпретаций стремится помочь ребенку понять его собственные чувства и внутренние конфликты в соответствующих для развития терминах.

Большинство психологических изменений происходит постепенно. В психодинамической психотерапии этому постепенному изменению способствует процесс повторения и проработки.

По мере изменения старых моделей ребенок может развить новые психологические ресурсы, чтобы начать работать над конфликтами или трудностями, которые были более глубокими или отложенными более ранними трудностями. Родители остаются важным источником информации о жизни ребенка как в настоящее время, так и в прошлом, обеспечивая контекст для того, что терапевт понимает во время сеансов с ребенком. Перед терапевтом стоит задача поддерживать этот поток информации, сохраняя при этом конфиденциальность общения ребенка и чувства приоритета ребенка в отношениях с терапевтом.

Фаза завершения закрепляет достижения, достигнутые в ходе терапии, решает проблемы зависимости, разлуки и потерь, вызванных

прекращением терапии для ребенка, лиц, осуществляющих уход, и терапевта. Составляются все необходимые планы дальнейших действий.

В этой же работе авторы, проделав большую аналитическую работу, вывели 14 рекомендаций по применению психодинамического подхода в терапевтической практике с детьми, которые очень кратко приведены ниже.

1. Психодинамическая психотерапия требует обучения теории и методам психодинамики.
2. Клиницист должен понимать весь спектр психодинамических терапевтических вмешательств, от поддерживающих до выразительных модальностей.
3. Психотерапевт информирует о показаниях и противопоказаниях к психодинамической психотерапии.
4. Терапевт информирует о потенциальных осложнениях и неблагоприятных последствиях психодинамической психотерапии.
5. При необходимости врач будет сочетать индивидуальную психодинамическую психотерапию с другими методами лечения, такими как групповая терапия, семейная терапия или психофармакология.
6. Врач формулирует психодинамическое понимание ребенка и семьи и передает его семье в контексте плана биопсихосоциального лечения.
7. Врач устанавливает терапевтический союз с ребенком, основанный на уважении к автономии ребенка, состоянию развития, защитному стилю и конкретной патологии, и уделяет внимание всем аспектам общения пациента: вербальному, жестовому и символическому (игра).
8. Терапевт должен соблюдать конфиденциальность в отношении пациента и обязательство сохранять конфиденциальность конкретных сообщений ребенка.
9. Специалист устанавливает постоянный союз сотрудничества с семьей, в рамках которого они участвуют в качестве партнеров в лечении.
10. Терапевт должен сотрудничать с другими специалистами в лечении ребенка.
11. Клиницист хорошо осведомлен об игре и умело использует ее в терапевтической ситуации.
12. Клиницист искусен в использовании спектра психодинамических вербальных вмешательств:
 - 1) *обычное социальное поведение (например, приветствие и прощание);*
 - 2) *заявления или вопросы, касающиеся лечения;*
 - 3) *заявления или вопросы, касающиеся жизни ребенка;*
 - 4) *поддерживающие вмешательства;*

- 5) *стимулирующие заявления*: а) *приглашения продолжать передавать эмоциональную доступность терапевта и его постоянный интерес*; б) *в обобщающих заявлениях терапевт перефразирует, обобщает или интегрирует то, что сказал или сделал ребенок*;
- 6) *разъяснения*;
- 7) *конфронтации*;
- 8) *интерпретации*: а) *защит*; б) *желаний*; в) *прошлого опыта*; г) *снов*.
13. Клиницист компетентен в мониторинге изменений в ходе лечения и оценке
14. Терапевт должен сохранять объективность и позицию последовательности, реалистичной надежды и нейтральности.

Психодинамический подход в работе с детьми, пережившими насилие, опирается, в первую очередь, на понимание психологической травмы в психоанализе, а также на приемы, которые открывают путь взрослого терапевта во внутренний мир ребенка – это игра, символ и метафора в игре, сказке и рассказах (нарративах).

З. Фрейд одним из первых заметил, что всякий раз, когда пациент попадает в ситуацию, напоминающую ему психическую травму, полученную ранее, атрибуты травмы запускают так называемое «ментальное ядро» травмы и соответствующие патологические механизмы реагирования, которые он назвал феноменами «навязчивого повторения», что созвучно диагностическим критериям постановки диагноза ПТСР в современном понимании. Воспоминания и патологические паттерны реагирования возникают неосознанно, психика как бы цепляется за них, и происходит фиксация на травме, иногда длиною в жизнь.

Теория травмы З. Фрейда опиралась на понимание психической травмы как причины психических расстройств. Он считал, что сексуальные домогательства в детстве настолько ранят психику ребенка, что впоследствии это приводило к психическим расстройствам. «Психодинамика психической травмы такова, что даже давние переживания оказывают ощутимое воздействие на психику, а воспоминание о них с годами не становится менее значимым и болезненным. З. Фрейд отмечал, что снижение остроты травматических переживаний существенно зависит от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция (моторная и эмоциональная) на него или для такой реакции не было возможности, и она была подавлена. В связи с этим ранние детские травмы имеют столь сильное патологическое влияние на психику, так как ребенок не в состоянии энергично отреагировать на травматическое воздействие»^{<85>}.

В терапии игра – инструмент исцеления и обучение неким способам поведения. Игровая терапия предоставляет возможность выразить себя, символически решить проблемы и способствовать достижению лич-

ностного роста. Большое внимание уделяется не только высказываниям ребенка, но и невербальным сигналам, наблюдениям за телом, позами, эмоциональными реакциями.

Игра в детском психоанализе рассматривается как основной инструмент терапевта, открывающий доступ к бессознательным конфликтам, как некое окно во внутренний мир ребенка. Через восприятие образов и символов игры терапевт может разглядеть и понять тревоги, внутренние конфликты и психологические защиты ребенка. Кроме того, игра создает безопасный фон для разговоров на болезненные для маленького клиента темы. Путь, который проходит ребенок в игре, даёт развитие его эмоциям и проработке проблемных вопросов. Игра имеет не только диагностическую ценность для терапевта, но и терапевтическую для клиента. Игра исцеляет.

От арт-терапии игровую терапию отличает взгляд на материалы. В игровой терапии мало внимания уделяется художественной работе как таковой. Это игра, имеющая развивающий и лечебный эффект, не искусство. В арт-терапии ценно искусство само по себе, и знание художественных материалов важнее игры.

Рассмотрим основные подходы игровой терапии, которые используют специалисты при коррекции психологических проблем у детей, переживших насилие.

Сказкотерапия

По мнению И.В. Вачкова, исследователями сказки были такие психоаналитики как Э. Фромм и Б. Беттельгейм. Э. Фромм рассматривал сказки через язык символов. К.Г. Юнг изучал сказки с позиции архетипов – первичных форм, организующих психические содержания, схемы, согласно которым образуются мысли и чувства всего человечества. В сказочный сюжет вплетается отражение внутреннего мира того, кто воспринимает сказку, что способствует актуализации архетипов в сознании.

«Главным средством психологического воздействия в сказкотерапии является метафора как ядро любой сказки. Именно глубина и точность метафоры определяют эффективность сказкотерапевтических приемов в работе с детьми и взрослыми»^{<21>}.

Ниже кратко обозначены основные принципы работы со сказками, которые приводит Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева^{<55>}:

1. Осознанность. Осознание причинно-следственных связей в развитии сюжета; понимание роли каждого персонажа в развивающихся событиях.
2. Множественность. Понимание того, что одно и то же событие, ситуация могут иметь несколько значений и смыслов.
3. Связь с реальностью. Осознание того, что каждая сказочная ситуация разворачивает перед нами некий жизненный урок.

Там же мы можем найти практические рекомендации, в виде схемы размышления над сказками и их обсуждение.

1. Основная тема.
2. Линия героев сказки. Мотивы поступков.
3. Линия героев сказки. Способы преодоления трудностей.
4. Линия героев. Отношение к окружающему миру и самому себе.
5. Линия героев.
6. Актуализированные чувства.
7. Образы и символы в сказках.

Работа с куклами или куклотерапия

Виклюнд Оса так описывает данный метод.

Клиент (ребенок) выбирает три опорных символических объекта, затем три петрушечных куклы и после этого решает, какие роли будут разыграны терапевтом и клиентом. На детский столик можно положить также шали и платки разного цвета. Ребенок разыгрывает свою историю, а терапевт assisteрует. Этот подход называется юнгианским и включает архетипических кукол.

Описываются и другие методы: работа с готовыми куклами – «приятелями» и «веселым доктором»; изготовление кукол из полимерной глины и других материалов, с последующим рассказыванием (сочинением) историй. Вот слова одного из участников: «Дети пишут историю о герое, имеющем дело с проблемой. Затем придумывают и делают кукол для разыгрывания истории. В этом процессе мы вместе размышляем о различных копинг-стратегиях, позволяющих найти решение». Очень важно пройти весь процесс от замысла, изготовления до воплощения рассказа и игры. Только лишь изготовление куклы не позволяет считать весь процесс завершенным^{<121>}.

Представляет интерес и использование игровых миниатюр при построении генограммы семьи с детьми, пережившими травму жесткого обращения^{<33>}.

В начале работы психолог совместно с ребенком конструирует генограмму его семьи на большом листе бумаги. Эта работа может занять несколько сессий в зависимости от интереса и знаний ребенка о своей семье.

Некоторые генограммы включают биологических и приемных родителей, друзей, учителей и домашних животных. «Забывшие» члены семьи тоже могут давать психологу важную информацию. После того как генограмма построена, ребенок последовательно получает две инструкции (можно только одну):

- 1) выбери фигуру/игрушку, которая лучше всего показывает твои мысли и чувства о каждом члене твоей семьи, включая тебя;
- 2) выбери фигурку/игрушку, которая лучше всего показывает, что ты думаешь или чувствуешь по поводу своих отношений с каждым из членов твоей семьи, и помести эту фигурку между вами.

Построение такой генограммы и выполнение каждого из шагов дает возможность обсудить с ребенком особенности его отношений в семье, отношение (в том числе амбивалентное) к человеку, совершившему насилие; отношение к переменам, возникшим в семье в результате скрывшейся информации о насилии, и т.д.

Песочная терапия (Sandplay)

Автором техники Sandplay считается швейцарский юнгианский детский психотерапевт Дора Калфф. В 1956 г. Юнг посоветовал ей изучить песочную терапию в Лондоне у детского психиатра Маргарет Ловенфельд. Калфф шесть лет обучалась в цюрихском Институте Юнга. Она дополнила технику Ловенфельд юнгианским подходом и своим глубоким знанием восточной философии. Озарение пришло к ней после того, как она заметила, что её клиенты, работая с песком, рисовали округлые изображения, согласующиеся с наблюдениями Юнга и «символизирующих совершенство и совершенное бытие» и квадратные образы, «появляющихся при достижении психической целостности». Утверждение Калфф о том, что в процессе песочной терапии отражаются стадии психического развития человека, находит теоретическое обоснование в работах юнгианского аналитика Эрика Нойманна^{<89>}.

В современной классификации Sandplay («S» с большой буквы) – классическая форма песочной терапии, опирающаяся на методологию Юнгианского психоанализа: sandplay («s» с маленькой буквы) – песочная терапия в контексте арт-терапии и сказок на песке^{<141>}.

Основной атрибут песочной терапии – поднос размером 50×70×7 см, выкрашенный изнутри голубой краской, символизирующей небо и воду. Поднос заполняется песком, желательного региона, в котором родился и проживает клиент. Рядом на полках располагаются в хаотичном порядке разнообразные фигурки, символически изображающие весь привычный для нас мир – людей, животных, рыб, растения, камни, дома и предметы быта.

Вначале клиенту предлагают тактильно взаимодействовать с самим песком, позволяя рукам изобразить на песке некую картину бессознательного, проявить во внешний мир те состояния, чувства и эмоции, которые владеют им в данный момент времени. При этом человек будто бы погружается в состояние своего детства, и его способность к критической оценке происходящего существенно снижается. Далее клиенту предлагается дополнять песочную картину символами из фигурок, имеющихся в распоряжении. Психотерапевт наблюдает за появлением у клиента различных фантазий, не пытаясь оказывать на их течение какого-либо воздействия. Ещё Юнг обратил внимание на то, что такая техника помогает не только пациенту обнаружить скрытые части «Я», но и терапевту – понять особенности переживаемого пациентом психологического процесса^{<50>}.

М. Торнеро и К. Капелла опубликовали в 2017 году исследование, освещающее изменения во время песочной психотерапии у детей, подвергшихся сексуальному насилию^{<338>}. Далее мы приводим основные результаты данного исследования.

Авторы исходят из того, что символическая игра – это форма, в которой понимание себя и реальности у ребенка с помощью символического языка позволяет детям вернуться к прошлому травматическому опыту и взять его под контроль в так называемой посттравматической игре. Особенности этой игры таковы, что аспекты травмы разыгрываются менее образно, чем в типичной детской игре, и включают в себя повторение травмирующей ситуации в безопасной среде под контролем терапевта. Дети могут затем экстернализовать событие, переходя от пассивного восприятия к активной проработке событий. В результате они способны развивать свой собственный взгляд на опыт и создавать новый смысл.

Терапия с помощью песочного лотка обычно применяется в клинических условиях. Дети используют песочный лоток, чтобы создать свои собственные фантастические миры. Используя различные статуэтки (миниатюрные животные, люди и растения, и прочие предметы), дети изображают свое понимание мира и реальности. Такой игровой подход обеспечивает детям замкнутое и защищенное пространство, в котором они могут делиться своими переживаниями.

Во время песочной игры важно обращать внимание как на поведение, так и на содержание игры, что обеспечивает более глубокое понимание состояния ребенка для дальнейшего анализа и терапевтического вмешательства. Во время наблюдения следует уделять внимание тому, как дети обращаются с песком, какое количество миниатюр используют, каковы особенности и способы, которыми дети участвуют в игре, а также любые изменения, привнесенные в игру. Важно отмечать и содержание возникающих тем, разыгрываемых в фантастическом мире, а также любые связи между ними.

Качественный анализ тем игры с помощью песочного лотка детей – жертв сексуального насилия показал, что они связаны с насилием: персонажи, вовлеченные в игру, действуют агрессивно, требуют заботы и безопасности и разыгрывают истории, которые заканчиваются конфликтом. Более того, существуют заметные различия на разных стадиях терапии, свидетельствующие о постепенном продвижении к третьей стадии, где игра становится более активной, и дети создают в игре сюжеты с более организованной средой и общим положительным концом.

Результаты согласуются с международными исследованиями по этому вопросу. В частности, использование копания или прятания предметов во время игры с песком широко наблюдалось среди детей, страдавших от сексуального насилия, что служит метафорическим представлением тайны, окружающей такие переживания.

Дополнительные материалы (фигурки), используемые во время песочной терапии, включают людей, фигуры животных и фантастических героев. Ранее в работах других авторов, где описывалась терапия с детьми-жертвами сексуального насилия, упоминались фигурки диких и домашних животных, бойфрендов, магов и супергероев. В этом исследовании участники преимущественно ссылались на мужские фигуры, которые могут указывать на связь между мужественностью и властью. Одной из наиболее значимых миниатюр, использованных во время этого занятия, является змея, которая постепенно включалась в рассказы ребенка в ходе лечения. Это было подробно описано в предыдущих исследованиях, посвященных символике животных в терапевтическом лечении детей-жертв сексуального насилия. Во время игровых сессий змеи несут в себе коннотацию причинения вреда и порождения страха, и они включаются и удаляются на протяжении всей игры. С аналитической точки зрения змея может быть фаллическим символом, над которым индивид берет на себя контроль. Исходя из этого и принимая во внимание присутствие змеи как видного персонажа в третьей фазе изучаемого терапевтического лечения, мы можем предположить, что дети начинают символически обращаться к сексуализированным аспектам и чувствам, связанным с переживаниями насилия. Здесь диссоциированные воспоминания могут проявиться через метафоры, используемые во время игры, как только ребенок почувствует, что терапевтическое пространство безопасно.

Композиция песочной игры становится более организованной по мере прогрессирования лечения.

Дополнительное значение во время песочной терапии играет устойчивый контакт с песком, особенно на продвинутых этапах лечения. Когда дети испытывают негативные эмоции по поводу полученной травмы, обращение с песком может служить механизмом управления их эмоциями, поскольку они проигрывают конфликты в игре. Многие авторы рассматривали песочную игру как способ предоставить детям чувственный опыт, который имеет терапевтические преимущества, способствуя облегчению и релаксации. Результаты настоящего исследования, а также прошлых исследований могут говорить о важной роли, которую песок играет в терапевтическом процессе детей, пострадавших от сексуального насилия. Песок дает им контрастный тактильный опыт, где они могут воссоединиться со своим собственным телом и испытать положительные и приятные ощущения, способствующие физическому и психологическому благополучию. Более того, эта деятельность позволяет детям свободно создавать и разрушать свои собственные творения, обеспечивая им чувство контроля, которое было отнято у них в результате сексуального насилия. Наконец, психотерапевт может служить и наблюдателем, и поддерживающей фигурой, направляющей ребенка в его собственных поисках смысла.

Метафорические карты

Уникальным инструментом, используемым специалистами опорных школ с целью диагностики и гармонизации личностной сферы и ее конструктивного развития, являются ассоциативные метафорические карты (МАК). Через метафору (ассоциацию) предоставляется возможность быстро получить доступ к психотравмирующей ситуации, что позволяет избежать дополнительной ретравматизации. Кроме того, МАК создают безопасную среду для исследования проекций детей, подвергшихся жестокому обращению, способствуют запуску внутренних восстановительных процессов, помогающих поиску путей выхода из кризисной ситуации.

«Один из основателей метода Моритц Эгетмейер в сопроводительном материале к каждой колоде позиционирует использование карт как именно как игры, а сами карты – как инструмент недогматического познания»^{<64>}.

Хотя сами по себе метафорические карты являются универсальным инструментом многих психотерапевтических подходов, однако в работе с МАК используется проекция (термин введенный Зигмундом Фрейдом), ассоциация и метафора.

Первые карты «ОН» появились в Германии в 1985 году. Эли Раман и Моритц Эгетмейер впервые представили игры публике в Эссене, когда там проходили дни игр. Сделано это было в изначальном, терапевтически-ассоциативном формате: вслепую вытягивались карты – одна с картинкой, другая с текстом и нужно было прокомментировать, какие спонтанные чувства, мысли и ассоциации возникали при этом. Многие представители крупных производителей с любопытством рассматривали эти карты. Но в выставочных павильонах невозможно было создать ту доверительную атмосферу, которая необходима для использования карт в терапевтических целях. Неожиданно Моритцу Эгетмейеру пришла в голову мысль сопровождать картинки историями, чтобы облегчить освоение публикой совершенно нового вида игр. Эта идея явилась толчком, который позже привел к созданию «Саги» (SAGA) – второй колоды метафорических ассоциативных карт. Эта история повторялась и дальше – сама работа и взаимодействие с картами и людьми, использующими их, стимулировали и способствовали появлению новых концепций карт и соответственно новых колод. Так, например, психологи и психотерапевты, работающие в направлении оказания помощи в кризисных ситуациях, жертвам насилия, терактов и т.д. обратились в «О-издательство» с запросом на создание специфической колоды карт. Впоследствии родилась колода «Преодоление» (COPE) как результат международного сотрудничества издателя из Германии (Моритц Эгетмейер), художника из России (Марина Лукьянова) и всемирно известного психотерапевта из Израиля (Офра Аялон).

Несмотря на то, что данный инструмент приобрел большую популярность у практических психологов, стоит отметить, что научные исследования, подтверждающие его эффективность на больших выборках, найти не так просто. Думается, что на сегодняшний день это скорее стимульный материал в руках мастера – терапевта, чем универсальный инструмент терапии.

Когнитивно-поведенческий подход

Когнитивно-поведенческая терапия берет свое начало в трудах Аарона Бека, отошедшего от психоаналитической традиции в трактовке депрессии и тревоги. Он рассматривал эти феномены как «проблему мышления» с когнитивными искажениями, которые должны быть проверены, переструктурированы и устранены, что улучшит симптомы клиента (Beck A., 2011).

Основное положение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) заключается в том, что эмоциональные переживания и поведенческие проявления обусловлены в большей степени когнициями, т.е. мыслями, убеждениями, чем внешними событиями. Этот вид терапии ориентирован на изменение когнитивных искажений, касающихся мыслей, отношений, или иррациональных убеждений как средство изменения поведения и эмоций. Результатом становится лучшая эмоциональная регуляция и развитие копинг-стратегий, позволяющих справиться с текущими проблемами. Этот подход предполагает выработку терапевтического альянса и совместных усилий терапевта и клиента для достижения специфической цели лечения (устранения симптомов). КПТ считается практикой с доказанностью успешных результатов.

При работе с детьми, травмированными насилием, жестоким обращением или утратой близкого человека, в рамках КПТ традиционно используется метод, получивший название «фокусированной на травме когнитивно-поведенческой терапии» (Trauma-Focused Cognitive-Behavior Therapy), или сокращенно ФТ-КПТ (FT-CBT)^{<222>}. Этот вид терапии, разработан в США Дж. Коэн, А. Маннарино и Э. Деблинджер в 1990-х годах. Благодаря его доказанной эффективности он получил признание и широкое распространение в странах Северной Америки и Европе). Этот вид терапии относят к современному «золотому стандарту» доказательных практик для детей и подростков, перенесших травму^{<308>}.

Модель ФТ-КПТ построена на нескольких основополагающих принципах.

- Компонентный подход. Клиент с помощью терапевта выстраивает систему навыков, каждый из которых представляет собой взаимосвязанный с другими элемент общей системы. Эта система строится постепенно, консолидируя уже полученный опыт, и должна быть адаптирована к потребностям ребенка и его семьи.

- Уважение к индивидууму, семье, религии, этнокультуральным ценностям. Терапия должна проводиться в согласии с социокультурным контекстом жизни семьи.
- Адаптивность. Терапевт должен быть креативным и гибким в построении основных компонентов таким образом, чтобы они помогали ребенку и семье.
- Включение в работу семьи – одна из главных черт ФТ-КПТ.
- Ведущую роль играют терапевтические отношения. Поддержание доверительных, принимающих, эмпатических отношений клиента с терапевтом является главным для восстановления доверия, оптимизма и самоуважения детей и их родителей.
- Самоэффективность, включая саморегуляцию эмоций, поведения и когниций – долгосрочная цель подхода ФТ-КПТ. Этот вид психотерапии нацелен на повышение индивидуальных ресурсов и возможностей детей, родителей, семей, которыми они будут пользоваться после окончания терапии.

Таким образом, процесс терапии по модели ФТ-КПТ состоит из последовательного построения десяти компонентов, необходимых для достижения основной цели. Эта последовательность логически задана, так как последующие компоненты опираются на предыдущие. Работа над компонентами проводится отдельно с ребенком и родителями, совместные сессии проходят в конце терапевтического процесса.

Первый и один из главных компонентов ФТ-КПТ – *психообразование*. С него начинается работа, но он также присутствует на протяжении всего процесса терапии как ребенка, так и родителя. Основная цель психообразования – нормализовать ответную реакцию ребенка и родителя на психотравмирующее событие и подкрепить правильные когниции относительно того, что произошло. Это может происходить в рассказе терапевта родителю о том, как часто происходят такие травматические события, что переживают при этом люди, что вызывает такие переживания. Родителю также дается информация о том, что представляет собой модель ФТ-КПТ, что такое травма, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), каким образом будет строиться работа с ребенком, при этом поддерживается активная роль самого родителя.

Второй компонент – *выработка навыков эффективного родительства*. Травматические события в жизни ребенка часто мешают родителям эффективно осуществлять свои родительские функции и поддерживать привычный стиль жизни, а некоторые родители вообще не имели опыта эффективной коммуникации с ребенком. Все это мешает терапевтическому процессу. В связи с этим для родителей очень важно владеть определенными навыками. К ним, в частности, относится умение хвалить ребенка. Многие родители привыкли критиковать своих детей

и поправлять их. В ролевой игре они научаются замечать положительные моменты в том, что делает ребенок, и хвалить его. Определенного навыка требует избирательное внимание родителя, которое помогает ему обращать внимание на позитивные проявления ребёнка и игнорировать определённые негативные (аффективные вспышки и вербальные проявления гнева, гримасы, насмешки, провокационные комментарии). В том случае, когда поведение ребенка выходит за рамки дозволенного и его необходимо прекратить, может быть применена санкция в форме кратковременной изоляции («тайм-аут»). Наконец, родителя обучают тому, как могут подкрепляться нужные варианты поведения (начисляются очки за достигнутые результаты).

Третий компонент программы составляет *релаксация*. Важно обучить ребенка и родителей расслаблению. Терапевт рассказывает ребёнку о нормальных и травматических реакциях на стресс. Затем он обучает его фокусированному дыханию (это подходит для младших детей) или медитации (для подростков). Используются стандартные техники расслабления мышц. Детей учат использовать эти техники всегда, когда они встречаются со стрессом. Аналогичным образом проводятся занятия с родителями.

Четвертый компонент – *выражение и модуляция эмоций*. Правильное распознавание собственных эмоций детьми и родителями – необходимый навык на пути к саморегуляции. Обучение детей и подростков узнавать свои эмоциональные состояния может происходить в игровой форме с использованием специальных материалов, таких, как карточки, цвета. С родителями терапевт использует задания, в которых они обучаются дифференцировать свои эмоции в различных ситуациях взаимодействия с ребенком. Внимание также уделяется тому, что родители учатся воспринимать эмоции ребенка и поощрять их проявление. В качестве навыков саморегуляции авторы метода предлагают техники прерывания негативных мыслей и позитивное воображение, а также позитивный разговор с самим собой. При проработке модуляции эмоций с родителями используются также отвлечения приятными занятиями, встречами с друзьями и т.п. Частью выработки навыков этого компонента является развитие у ребенка чувства безопасности, навыков решения проблем и социального взаимодействия, совладания со сложными аффективными состояниями. Каждый из навыков приобретается путем прохождения определенных техник и упражнений.

Пятый компонент – *когнитивный копинг и переработка (I)*. Когнитивный копинг – это разнообразные способы, которые побуждают детей и их опекунов исследовать свои мысли, чтобы выявить и исправить неточные или мешающие когниции. Исследование мыслей начинается с рассмотрения внутреннего диалога в определенных

ситуациях. Так терапевт подводит детей и родителей к изменению чувств и поведения через изменение мыслей. Мысли, чувства и поведения в этой концепции образуют «когнитивный треугольник». Отношения между вершинами этого треугольника составляют предмет данного этапа. Дети и родители учатся дифференцировать мысли и эмоции и выделять их связи, а затем генерировать более точные и помогающие альтернативные мысли. В упражнениях они видят, как меняются их чувства и поведение, когда они думают иначе. Дети и родители научаются выделять различные типы дисфункциональных мыслей («черно-белое мышление», негативные сценарии, свехобобщение).

Шестой компонент программы – *рассказ о травме*. На этом этапе впервые ребенок вновь встречается с травмой. Цель работы – оторвать мысли и воспоминания о травматическом событии от негативных эмоций. В течение нескольких сессий ребенка побуждают описать все больше и больше деталей о том, что произошло до, во время и после травматического события, а также свои мысли и чувства в это время. Об этом говорится и пишется тщательно определенными терапевтом небольшими порциями, так чтобы каждый новый шаг был чуть более сложным, чем предыдущий. Ребенку дается инструкция: «Вспомни, как будто это происходит сейчас». Смысл этой работы состоит в том, чтобы понизить чувствительность к травме, интегрировать мысли и чувства относительно травмы в осмысленный опыт. До этого нужно объяснить детям и родителям для чего это делается, что снижает напряжение ребенка при самой работе. Полезно также предварительно организовать ребенку практику рассказа о любимом деле, приятном событии, а потом о травме из сегодняшней перспективы. Письменный рассказ о психотравмирующем событии может занять несколько сессий. Можно мотивировать ребенка тем, что он пишет о себе книгу. Для детей с множественными психотравмами, травмами развития можно дать задание вместо конкретной травмы описать их жизнь. После окончания записи ребенок должен прочитать рассказ от начала до конца. Повторение чтения рассказа ведёт ко все меньшему проявлению ребенком эмоций. Если эмоции сохраняются, может быть применена техника релаксации. Затем ребёнок описывает эмоции во время худшего момента травмы. Для маленьких детей можно использовать кукол. В конце ребёнок описывает, что в нем изменилось после травмы, что поменялось в процессе терапии. Рассказ может также модифицироваться в течение сессий. Заключительным шагом является прочтение ребенком рассказа о травме родителям.

Седьмой компонент – *когнитивный копинг и переработка (II)*. На этом этапе продолжается проработка травматического опыта. Терапевт анализирует и исправляет неточные и непродуктивные мысли ребенка в тексте рассказа. К неточным мыслям могут быть отнесены

самообвинения ребенка, а к непродуктивным – точные, но фиксированные на негативных сторонах события.

Восьмой компонент – *совладание с воспоминаниями о травме*. Если избегающее поведение ребёнка не прекращается, требуется работа с его реакциями на безобидные триггеры тревоги и страха. В этих случаях проводится десенсибилизация по отношению к тем реальным моментам, в связи с которыми ребёнок испытывает страх (например, оставлять мать одну дома после эпизодов её избивания отчимом)

Девятый компонент – *совместные сессии ребенка и родителя*. Такие сессии могут быть организованы в начале работы, при получении первичной информации, затем при чтении рассказа ребёнка о травме, а также впоследствии для обсуждения других вопросов. Чтение рассказа на совместной сессии должно предваряться подготовкой как ребёнка, так и родителя. В конце полезно обсудить совместно стратегии безопасности для ребенка и его семьи.

Десятый компонент посвящен *обеспечению будущей безопасности и развития ребенка*. Терапевт должен похвалить ребенка за то, как он справился с предыдущей травмой, и объяснить ему важность безопасности в будущем. В выработку навыков безопасности ребенка должны быть вовлечены родители. Терапевт работает над повышением способности ребенка говорить с другими людьми о том, что его пугает и что ему непонятно. Он предупреждает ребенка и родителей о возможных опасностях в их среде и, используя ролевые игры, обучает их тому, как они могут на них реагировать и к кому могут обратиться за помощью. Дети обучаются вежливому способу сказать «нет» взрослому, когда это необходимо, уходу из ситуации и информированию об этом случае ответственного взрослого.

Авторы подчеркивают, что доказательной эффективностью обладает только полная программа, выполненная с соблюдением последовательности и содержания всех этапов.

Описанный подход обладает рядом важных характеристик. Психотерапевтическая работа начинается со стабилизации состояния пострадавшего ребенка и его родителей.

Постепенно наращиваются их внутренние ресурсы, включающие навыки регулирования эмоций. Лишь после этого начинается конфронтация с травмой и проработка собственно травматических переживаний ребенка посредством механизмов десенсибилизации. Окончательным результатом считается не только устранение последствий психической травматизации, но и достижение автономии ребенком и семьи в целом, то есть возможность их полноценной жизни без помощи психотерапевта. Этот вид психотерапии ориентирован не только на оптимизацию актуального состояния ребенка, но и на обеспечение его благополучия в будущем, так как полученные им и его

семьей навыки могут быть успешно использованы при столкновении с неблагоприятными событиями в дальнейшем.

Телесно-ориентированный подход

Рассмотрение травмы с нейрофизиологических позиций имеет давнюю традицию, но последние достижения нейронаук существенно усилили ее основания, в связи с чем телесно-ориентированные методы в работе с психической травмой, в том числе комплексной детской травмой, получают в настоящее время все большее распространение и популярность в мире.

Исследования второй половины XX века расширили представления о развитии и функционировании мозга. В 1960-е годы нейрофизиолог Пол Маклин (P. McLean) предложил концепцию «триединого мозга»^{<287>}. Согласно этой концепции, структура и функции мозга связаны с тремя специфическими зонами, которые появлялись в процессе эволюции в следующем порядке: 1) базальные ганглии, получившие название «мозг рептилии»; 2) лимбическая система и 3) кора головного мозга (неокортекс). Хотя эволюционные взгляды Маклина позже подвергались критике, описанная им структурно-функциональная система мозга была использована в дальнейшем и послужила основой для нового понимания психической травмы.

Внутренняя часть мозга, его стволовая часть и мозжечок («мозг рептилии»), ответственна за все жизненные функции человека и поддержание гомеостаза. Этот отдел мозга регулирует переработку сенсорной информации, возбуждения, реакции испуга^{<300>}.

Лимбический, или средний мозг отвечает за эмоции, память, научение и инстинкты. Входящее в его структуру миндалевидное тело (миндалины) регулирует рефлекторные ответы всех элементарных человеческих побуждений (в том числе реакции борьбы, бегства, замирания в ответ на стресс), а другая структурно-функциональная единица, гиппокамп, запоминает их. К лимбической системе также относится автономная нервная система, включающая в себя симпатическую (активирующую) и парасимпатическую (успокаивающую) системы^{<314>}.

Неокортекс, или новые области головного мозга у человека, ответственен за высшие нервные функции – сенсорное восприятие, когнитивную переработку информации, выполнение моторных команд, осознанное абстрактное мышление, речь, коммуникацию, сознание и самосознание. Префронтальная кора ответственна за исполнительские функции, принятие решений, контроль поведения, формирование убеждений.

Все три уровня мозга объединены в иерархическую систему, где «рептилийная» часть обеспечивает базовое выживание, лимбическая система – обучение, эмоциональные реакции и имплицитную память, неокортекс – восприятие, абстракцию, принятие решений и язык. Эти

уровни часто обозначают как сенсомоторную, эмоциональную и когнитивную части мозга, интеграция которых позволяет человеку выжить, адаптироваться к окружающей среде и развиваться.

Нейронауки свидетельствуют, что переработка травмы происходит, прежде всего, на биологическом и неосознанном уровне развития мозга. Симпатическая нервная система в структуре лимбического мозга реагирует на опасность, запуская процесс выделения надпочечниками гормонов стресса, адреналина и норадреналина, которые, в свою очередь воздействуют на миндалину, вызывая реакции борьбы, бегства или замирания. В системе гипоталамус – гипофиз – надпочечники активируется гормон кортизол, повышенный уровень которого нарушает процессы запоминания в гиппокампе. Гормоны надпочечников влияют на иммунную систему, вызывают перевозбуждение и обостренные реакции страха. Их поток перегружает способность лимбической системы перерабатывать информацию и передавать ее в кору мозга, где она могла бы осознаться и интегрироваться. Таким образом, травма переживается и остается на нижних уровнях лимбического мозга и «мозга рептилии». Если она прорабатывается только с помощью когнитивных методов, обсуждения травматических переживаний, воспоминаний о событиях, то эти методы могут не дать облегчения, если не затронуты более глубокие уровни регуляции. Авторы программ соматической терапии психической травмы исходят из того, что проработка травмы должна идти в направлении «снизу вверх», то есть начинаться с сенсомоторного и эмоционального уровней и лишь затем подниматься на уровень когнитивный и смыслов.

Травма развития, или комплексная травма, возникающая в результате жестокого обращения с ребенком, имеет специфический нейрофизиологический механизм формирования, что обуславливает особые требования к психотерапевтической работе с такой травмой.

Мозг новорожденного развивается с нижних уровней, позволяющих реализовать основные инстинкты выживания и связи с другими людьми, необходимые для продолжения развития. Базовые потребности ребенка удовлетворяются опекающим его взрослым. Пренебрежение взрослым этими потребностями или угроза выживанию создает для ребенка первичную ситуацию стресса.

На развитие лимбической системы мозга влияет привязанность ребенка к опекающему взрослому. Взаимодействие с близким человеком помогает ребенку развивать собственную регуляцию эмоций и в будущем формировать привязанность к другим людям. Пренебрежение со стороны взрослого, лишение устойчивой привязанности в раннем возрасте также является для ребенка ситуацией стресса, чрезмерной стимуляции, а вырабатываемые при этом гормоны стресса длительно остаются в мозге и формируют специфические состояния, а в дальнейшем –

постоянные «черты», или особые паттерны реагирования на стресс. Эти паттерны означают постоянную активацию определенных синаптических связей между нейронами с помощью нейрогормонов и нейротрансмиттеров, что изменяет развивающийся мозг. При продолжительной активации этого состояния мозг может развить неадаптивную черту постоянного ожидания угрозы или страха. Хроническое травмирование маленького ребенка ведет к выработке неадаптивных черт, которые будут проявляться на разных этапах его жизни и могут становиться симптомами патологического травматического расстройства.

Когда травма оживляется каким-либо триггером, травмированный человек может автоматически ответить физическим действием, которое было уместным во время травмы, но больше не является таковым. Например, ребенок, который автоматически сжимается сам, когда взрослый повышает голос, либо сжимает кулаки, либо в самых крайних случаях диссоциирует в другую личность.

Опыт соматических симптомов может преследовать и дальше травмировать ребенка или подростка произвольными образами, звуками, запахами, ощущениями в теле, физической болью, судорогами, ощущением онемения и неспособностью модулировать возбуждение. Соматические вмешательства работают непосредственно с этими симптомами.

В последние годы активно развиваются представления о роли автономной нервной системы в нейрофизиологических механизмах регуляции психических, в том числе травматических, состояний человека, что дает новую перспективу исследований и клинической психотерапевтической практики^{<310>, <311>, <20>}. Понимание регуляторных механизмов различных структур мозга и их интеграции дает возможность определить пути компенсации и изменения травматических состояний, а следовательно, и эффективные методы вмешательства.

К. Поповиц (С. Popowitz)^{<309>} относит к соматическим подходам в терапии травмы метод десенсибилизации и переработки с помощью движения глаз (F. Shapiro), соматическое переживание (P. Levine), сенсомоторную психотерапию^{<301>} (P. Ogden) и технику эмоциональной свободы (G. Craig). Кроме того, к ним может быть отнесена йога^{<231>} (D. Emerson, E. Norper). С недавнего времени распространение также получают психотерапевтические методы, в том числе в работе с детьми^{<312>}, основанные на поливагальной теории С. Порджеса (S.W. Porges)^{<226>}. Соматический подход обращается к ощущениям, импульсам и движениям тела для открытия невербального мира клиента, ведущего к осознанию себя. Это может быть затем использовано в более традиционных психотерапевтических подходах, использующих когнитивные техники нарратива.

Из перечисленных выше подходов наиболее известным является метод *десенсибилизации и переработки с помощью движения глаз* (Eye Movement Desensitization Reprocessing – EMDR), предложенный

Френсис Шапиро в 1990 г.^{<323>} Калифорнийской информационной службой доказательных техник в сфере защиты детства (СЕВС) он отнесен к методам с доказанной эффективностью для работы с травмой у детей наряду с когнитивно-поведенческой терапией, фокусированной на травме (TF-CBT). EMDR включает в себя несколько фаз, в процессе которых клиенту помогают переработать травматическое событие. EMDR не требует детальных воспоминаний о самой травме. Переработка тревожащих эмоций и ощущений происходит с помощью направляемых движений глаз, постукиваний или звуков для уменьшения чувствительности к негативному событию и связанных с ним мыслей от прошлого к настоящему. В процессе работы активируются внутренние механизмы самоисцеления, способствующие интеграции информации, содержащей травматический опыт^{<185>}.

Остановимся подробнее на концепции и методе соматического переживания в терапии психической травмы Питера Левина, подход которого практикуется во многих странах мира, в том числе и в России^{<90>},^{<91>},^{<278>},^{<279>}.

Один из основных принципов концепции психической травмы Левина заключается в том, что у человеческого организма есть внутренняя способность к саморегуляции, самоорганизации и восстановлению внутреннего баланса. Базовое звено работы с психической травмой, представляющей собой нейрофизиологический феномен, – это нормализация естественных физиологических процессов в теле человека.

В условиях стресса стволовые и подкорковые структуры мозга обеспечивают выживание организму, запуская две свойственные человеку и животным реакции на угрожающее событие – борьбу или бегство. При этом мобилизуется огромное количество энергии. Однако для того, чтобы избежать травмы, организму необходимо полностью израсходовать энергию, которая была мобилизована для встречи с опасностью, в активных действиях. В случае, если активные реакции блокированы и ни бегство, ни борьба невозможны, в организме возникает реакция замирания, сходная с готовностью к смерти, однако за ее неподвижностью скрывается мощный потенциал возбуждения, который не находит выхода. Эта активация создает угрозу возникновения травматической реакции и симптомов травмы. У животных естественная разрядка происходит в форме дрожи. Аналогичные реакции – дрожь, плач можно наблюдать и у маленьких детей. Таким образом восстанавливается внутренний баланс благодаря циклам саморегуляции организма. Блокирование разрядки или постоянно повторяющиеся стрессовые состояния сохраняют очаг возбуждения, который сохраняется в лимбической системе, затрагивая, прежде всего, миндалевидное тело. Роль миндалины – переработка эмоциональных впечатлений, связь с гиппокампом, обеспечивающим память на эмоциональные события, и с корой головного мозга.

Травма в нейрофизиологическом контексте трактуется как повышенная электрическая активность в миндалине, реакция без расслабления, которая приводит к повышенному уровню активации («тлению», в терминах Левина), сходному с судорожной готовностью. Это состояние особенно часто наблюдается при множественных хронических травмах и служит причиной явлений, которые рассматриваются как симптомы посттравматического стрессового расстройства – постоянные воспоминания о психотравмирующих событиях и одновременно стремление избегать всего, что может о них напомнить и спровоцировать неприятные мысли и эмоции. Возбуждение имеет и неспецифические проявления – нарушения сна, трудности концентрации внимания, усвоения новой информации, что ведет и к более общим трудностям социального функционирования. Хронический стресс препятствует модуляции эмоциональных реакций, торможению реакций, что может вести у детей и подростков к нарушениям поведения, агрессивным проявлениям.

Психотерапевтическая работа направлена на восстановление естественной способности человека к саморегуляции, основанной на внутренних ресурсах организма, активация и телесное осознание которых способствуют преодолению психотравмирующей ситуации. Условием такой работы является создание у клиента ощущения безопасности, основанного на доверительных и надежных отношениях сотрудничества с терапевтом и безопасном пространстве. Со стороны терапевта необходимо поддержание особого эмоционально-энергетического контакта с клиентом, который П. Левин называет сопереживающим, страдающим присутствием.

Один из главных специфических принципов этого вида психотерапии заключается в том, что первичный доступ к травме должен осуществляться на том уровне, на котором она возникла, то есть на уровне физиологии и телесных ощущений. Центральным методом в терапии травмы – техника, названная Левином «соматическим переживанием». «Соматическое переживание» предполагает процесс телесного осознания, дающий человеку возможность трансформировать травму и превратить дезадаптивные телесные реакции в адаптивные. Осознание, которое позволяет происходящему внутри клиента восприниматься на телесном уровне в виде различных соматических проявлений, обозначается термином «контейнирование». В результате переживаемое приобретает определенные границы, а также характеристики телесно воспринимаемых смыслов и чувств.

Сознательная фиксация ощущений в теле – один из основных терапевтических приемов, помогающий добиться разрядки сконцентрированной энергии травмы. При этом восстанавливаются защитные и ориентировочные реакции, которые не были реализованы и завершены во время угрожающей жизни ситуации. Травматические переживания

сопровождают, как правило, ощущения сжатия, тяжести, холода, неподвижности и онемения, напряжения, дискомфорта. Однако, согласно еще одному важнейшему принципу концепции Левина, помимо травмы, в теле человека присутствуют ресурсы. Они порождаются способностью к саморегуляции и включают в себя переживаемые обычно в ситуациях комфорта различные виды позитивных телесных ощущений в виде чувства тепла, расширения, легкости, телесного комфорта и свободы. В процессе психотерапии целенаправленное создание ресурсов, фиксация на них внимания человека, тренировка дифференциации положительных ощущений всегда должны предшествовать работе с травмой.

Исходя из основных понятий травмы и ресурса, Левин вводит еще две метафорических категории, важных для понимания психотерапевтического процесса: «воронка травмы» и «воронка исцеления». «Воронка травмы» представляет собой избыток энергии, связанный с травматическим событием и переживанием и представляющий собой результат прерванного процесса борьбы и бегства, вызванного травмой. Центральный пункт, или «дно» воронки образуют наиболее интенсивные и тяжелые переживания, нарушающие нормальное функционирование телесных и психологических процессов: страх, головокружение, подавленность, сжатие, упадок сил. Организм затрачивает большие силы на то, чтобы удерживать переживания «воронки травмы» в определенных рамках и создавать видимость нормального функционирования. «Воронке травмы» противостоит «воронка исцеления», состоящая из ресурсных телесных переживаний и приобретающая в процессе работы с травмой все большую выраженность за счет устранения травматических переживаний. Контакт между «воронкой травмы» и «воронкой исцеления», организованный как попеременная смена внимания клиента с одних ощущений на другие, начинающийся с наиболее слабых периферических переживаний, связанных с травмой, и постепенно затрагивающий все более глубокие слои травмы, приводит к нейтрализации травматического напряжения и возбуждения (рис. 6).

Очень важно, чтобы нейтрализация («титрование» в терминологии Левина) протекала медленно и постепенно, с минимальной стимуляцией лимбической системы, миндалины, совпадая по темпу с внутренними, свойственными организму циклами саморегуляции. При таких условиях происходит угашение чрезмерного возбуждения, связанного с травмой. Если в результате воспоминаний о травме стимуляция будет сильной, то возможна повторная травматизация, при которой состояние клиента может лишь ухудшиться. На телесном уровне процесс разрядки накопившейся энергии проявляется в ощущениях расширения, покалывания, тремора, волны тепла, расслаблении, появляющемся чувстве легкости.

«Renegotiation» Between Trauma
and Healing Vortex The Third Possibility

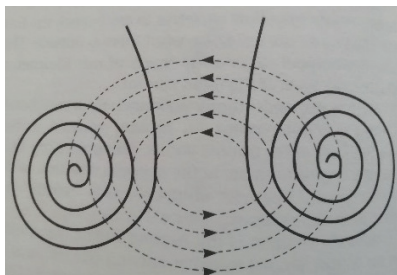


Рис. 6. Взаимодействие между «воронкой травмы» и «воронкой исцеления»

Уровень телесных ощущений является основным, но не единственным в терапии травмы методом «соматического переживания». При работе с травмой терапевт использует целостный опыт клиента. Способ организации этого опыта или установления контакта индивида со средой, реагирования на происходящее выражается в концепции Питера Левина аббревиатурой SIBAM, по первым буквам английских названий, составляющих этот опыт элементов: ощущение (sensation), образ (image), поведение (behavior), аффект (affect), смысл (meaning). В здоровом состоянии элементы этой системы гибко взаимосвязаны. При травме связи между ними становятся слишком тесными и жесткими (сверхсцепленными) либо, напротив, слишком слабыми, фрагментарными, диссоциированными (слабо сцепленными). Так формируются комплексы дезадаптивных представлений, эмоционально окрашенных реакций и поведенческих паттернов. Цель терапии состоит в восстановлении целостности, гибкости и связанности опыта человека.

В практическом плане работа в соматической терапии травмы начинается с сенсбилизации клиента к ощущениям в его собственном теле. Для этого используются специальные упражнения. Затем происходит поиск ресурсов клиента, состояний, связанных для него с приятными воспоминаниями, и их телесными откликами. Далее происходит процесс отслеживания ощущений клиента, при котором терапевт следует за внутренними и внешними процессами клиента и организует получаемую информацию. В процессе работы можно выделить последовательные циклы разрядки травматических переживаний, их смены ресурсными состояниями и вновь появления травматических симптомов, требующих проработки. Отслеживание ощущений во время этих циклов регулируется терапевтом, но, по сути, сами циклы реализуют процесс естественной саморегуляции организма, нарушенной травмой, так что важно следовать за этими естественными процессами и не вмешиваться в них.

Особенностью метода соматического переживания является то, что конкретное содержание травматического события не имеет решающего значения и не обязательно должно описываться клиентом. Главное – проживание и устранение связанных с ним телесных симптомов.

О завершении работы с травмой свидетельствуют следующие признаки:

- Ощущение завершенности – переход от тревоги к спокойствию, от страха к уверенности.
- Дыхание становится мягче, медленнее, концентрируется в области живота.
- Распространение тепла по телу.
- Дрожь по телу, ощущение интеграции тела.
- Движения легкие, плавные, интегрированные.
- Легкость контакта глаз.
- Ощущение спокойствия, силы, уверенности.

Долговременные эффекты терапии определяются по изменениям в общем функционировании человека: его самочувствия, сна, работоспособности и продуктивности в деятельности, отношения к себе и окружающим.

Принципы терапии соматическим переживанием действуют как для взрослых, так и детей. Однако в работе с детьми и подростками больший акцент нужно делать на движениях, двигательной практике, при которой дети делают те движения, которые им хочется делать, на игровых моментах, на рисовании, в том числе своего тела и ощущений в нем. Обычно дети, пережившие шоковую травму, хорошо включаются в такого рода деятельность, быстро находят ресурсы и проявляют гибкость, и в целом процесс психотерапии достаточно эффективен. При хронической детской травме, травме развития, обусловленной насилием в отношении ребенка, терапевтический процесс проходит медленнее и сложнее, но также имеет хорошие перспективы^{<44>}.

Для более полной интеграции тела, эмоций, когнитивных, поведения и смыслов пострадавших от насилия и жестокого обращения рекомендуется дополнять терапию соматического переживания работой «сверху вниз», т.е. проработкой дальнейших целей и планов, образа «Я» и восприятия других людей методами когнитивно-поведенческой или иного рационального вида психотерапии^{<93>}.

Культурно-исторический подход к работе с детьми, пострадавшими от насилия

Одна из наиболее тяжелых форм насилия, которой подвергаются дети и их близкие, – террористические акты, сопровождающиеся телесными повреждениями, гибелью людей, взятием в заложники самих

детей и членов их семей, испытывающих в этот период физические и психические страдания. Как и природные катастрофы, этот вид насилия вызывает у пострадавших шоковую травму с тяжелыми и длительными последствиями. Нападения террористов на театр «На Дубровке» в октябре 2002 года и на школу в г. Беслане в сентябре 2004 года были случаями именно такого насилия. В числе многих врачей и психологов на помощь потерпевшим от этих преступлений пришли Е.И. Морозова и А.Л. Венгер. В течение длительного времени они работали с семьями заложников, организуя и проводя психокоррекционную и реабилитационную работу. Эта хорошо продуманная и методически выверенная профессиональная деятельность строилась в рамках культурно-исторического подхода и описана в ряде их работ^{<22>, <23>, <24>, <25>, <111>}.

Постулируя основной целью психотерапии развитие личности клиента, А.Л. Венгер и Е.И. Морозова рассматривают культурно-историческую теорию как одну из самых разработанных теорий развития личности, которая имеет особое значение для построения психотерапевтической работы с детьми и подростками. В своей работе «Экстренная психологическая помощь детям и подросткам» они приводят основные положения этой теории, принципиальные для их дальнейшей практической деятельности. Это принцип опосредованности психических процессов и овладения психологическими средствами; принцип интериоризации психологических средств путем «присвоения» социального отношения и превращения его в индивидуальную психологическую функцию; принцип произвольной саморегуляции. Авторы полагают, что эти положения, разработанные применительно к когнитивным процессам, относятся к любым формам человеческого развития, в том числе к развитию личности в процессе психотерапии.

Террористическое насилие разрушает естественные нормальные связи ребенка и общества, что в ситуации Беслана, например, привело к невозможности для многих детей обучения в школе, утрате многих других социальных связей. С позиций культурно-исторического подхода задача психологической коррекции состоит в восстановлении социальной ситуации развития ребенка, нарушенной насильственными действиями и их травматическими последствиями. Это достигается путем организации ряда «промежуточных», *замещающих* ситуаций развития, последовательно и постепенно возвращающих ребенка в нормальную для его возраста систему отношений с обществом (со взрослыми, сверстниками, школой). Система работы в соответствии с этими концептуальными положениями строится следующим образом:

1. Психолог предлагает ребенку психологические средства, наиболее эффективные для преодоления имеющейся проблемы.
2. В процессе психотерапии ребенку раскрывается способ использования предложенных средств, психологический механизм их действия, что обеспечивает произвольность их последующего использования.

3. Целенаправленно организуется процесс интериоризации, «присвоения» ребенком психологических средств и способов их использования.
4. При выборе психологических средств и построении системы терапевтических отношений обращается особое внимание на особенности культуры, к которой принадлежит ребенок.
5. В коррекционной работе создаются замещающие ситуации развития, позволяющие восстановить социальную ситуацию развития, нормативную для его возраста²⁶.

Работа с тяжелой шоковой травмой, вызванной насилием, имеет этапное строение, ее содержание на каждом из этапов имеет свою специфику. При этом эффективность психологической помощи тем выше, чем раньше она была оказана. Выделяются экстренная, краткосрочная и пролонгированная психологическая помощь.

В остром, *кризисном*, периоде травмы, длящемся несколько дней или недель в зависимости от тяжести состояния, пострадавшим оказывается *экстренная помощь*. Задачей такой помощи является коррекция острой симптоматики, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- Восстановление нормального сна и питания;
- Преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбек-эффектов;
- Обеспечение нормального уровня общей активности.

Добиться желаемых результатов с помощью психотерапии обычно можно за несколько сеансов. В более сложных случаях продуктивной будет совместная работа психолога и психиатра, коррекция состояния фармакологическими средствами. Особенность работы на этапе экстренной помощи заключается в том, что часто клиент не в состоянии проявить инициативу и обратиться к специалисту, который сам должен действовать активно и настойчиво.

Следующая стадия, этап *стабилизации*, продолжается несколько месяцев, а помощь имеет *краткосрочный* характер и осуществляется преимущественно по запросу клиента. Активизация ребенка как положительный результат предыдущего этапа часто сопровождается актуализацией специфической посттравматической симптоматики: появляются хаотические двигательные, часто деструктивные и агрессивные проявления, что нарушает общение ребенка со взрослыми и сверстниками. Задачами краткосрочной психологической помощи являются дальнейшая нормализация эмоционального состояния, упорядочение активности, отреагирование травматических переживаний и агрессии, преодоление грубых нарушений общения.

Стадия *восстановления* может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, в этом случае психологическая помощь является *пролонгированной*. Ее задача состоит в восстановлении нормального

социального и внутрисемейного функционирования детей. Важно обеспечить структуру рутинной организации жизни ребенка, посещение им образовательных учреждений. Психокоррекция также направляется на работу с теми неблагоприятными психологическими особенностями ребенка, которые существовали уже до психотравмы и обострились после нее. Требуется специальная работа по восстановлению нормального общения ребенка с родителями и сиблингами. Пролонгированная работа приближается к обычным видам детской психотерапии, тогда как экстренная и кратковременная помощь имеют, скорее, симптоматическую направленность.

На всех этапах психолог может использовать разные концептуальные подходы и техники: игровую терапию, арттерапию, двигательную терапию, релаксационные техники.

Восстановление нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы требует психокоррекционной работы с семьей в целом. В результате травмы нарушаются нормальные детско-родительские связи, отношения между ребенком и родителями становятся либо симбиотическими, сверхзависимыми, либо вынужденно дистанцированными. Сталкиваясь с нарушениями поведения у ребенка, родители ощущают свою беспомощность и способствуют закреплению негативных поведенческих стереотипов. Если психологическую травму пережили и родители, и ребенок, то возможности адекватного реагирования родителей уменьшаются, а темпы восстановления их психологического состояния существенно медленнее, чем у детей, что препятствует нормализации психического развития детей. В связи с этим родителей следует привлекать к работе над их собственными психологическими трудностями.

А.Л. Венгер и Е.И. Морозова отмечают, что типичным последствием психологической травмы, особенно у детей младшего возраста, является регрессия, то есть возврат к формам поведения и взаимоотношений с окружающими, типичным для предшествующих возрастных периодов. Регрессия свидетельствует о наличии психологического кризиса, преодоление которого является необходимым условием дальнейшего развития личности.

Так, например, проявлением регрессии у бесланских школьников стал полный отказ от обучения²⁶. Травматическая регрессия проявляется как в нарушении общей системы отношений с социальным окружением, с обществом, так и в распаде отдельных действий, которыми ребенок уже овладел ранее. Соответственно, как подчеркивают авторы, цель коррекционно-реабилитационной работы – восстановление развития ребенка на разных уровнях.

Психокоррекция строится с учетом уровня регрессии. При полном распаде действия первой задачей становится восстановление его в совмест-

ной форме (возвращение в зону ближайшего развития). Если же действие осталось в зоне ближайшего развития, то психокоррекция направляется на его возврат в зону актуального развития. Восстановление способности самостоятельно выполнять действия, освоенные ранее, служит важным условием нормального социального функционирования ребенка.

Психокоррекция основана на использовании психологических средств, включающихся в качестве «регуляторов» действий ребенка. Одно из основных таких средств – слово в его регуляторной функции. Кроме слова в качестве регуляторов могут выступать другие знаковые средства, обеспечивающие организацию поведения (например, указательный жест или какой-либо предмет, напоминающий о ком-то).

А.Л. Венгер и Е.И. Морозова приводят в пример 7-летнюю девочку, которая в результате психотравмы и развившегося посттравматического стрессового расстройства потеряла возможность самостоятельно засыпать. Психолог принес ей игрушечную собачку, которую девочка должна была «уложить спать» вместе с собой. После сеанса релаксации, проведенного психологом, девочка уснула. В дальнейшем психолог еще несколько раз укладывал ее спать, но потом она стала засыпать сама с помощью собачки. Через некоторое время, когда сон налажился, девочка вернула собачку «домой», психологу. Игрушка выполнила свою опосредующую и регулирующую функцию.

В работе с младшими детьми, даже если их речевые функции еще недостаточно развиты или нарушены в результате травмы, возможны различные формы взаимодействия:

- Совместные действия взрослого и ребенка;
- Действия по указательному жесту;
- Подражание действиям взрослого;
- Действия по образцу;
- Самостоятельные действия ребенка (пробы и ошибки, примеривание, зрительное соотнесение)
- Действия по речевой инструкции.

Все невербальные формы коммуникации сопровождаются словом, обозначающим условия, цель и способы действия.

Для решения задач первых двух этапов психокоррекционной работы (восстановление активности и витальных функций, упорядочение активности и отреагирование переживаний) используются разнообразные способы включения детей в совместную со взрослым деятельность, методы игровой терапии, арттерапии, символической переработки переживаний. В каждом случае соблюдается направление развития от отсутствия действия через совместное действие со взрослым к самостоятельному действию. Используются разного рода замещающие ситуации или условия развития «новой жизненной среды», в которых ребенок может развить способность к самостоятельной активности.

Постепенное восстановление социальной деятельности на третьей стадии психокоррекционной работы позволяет в завершение перейти к заключительному этапу проработки травмы – *личностной и социальной интеграции*. Достижение этого этапа свидетельствует о полном преодолении нарушений, вызванных психологической травмой. Психотравмирующее событие оказывается интегрированным в жизненный опыт личности. Для человека становится возможной жизнь, полноценная во всех отношениях.

Восстановительный подход

Восстановительный подход сформировался в результате критики уголовного правосудия (научная дискуссия о противопоставлении «карательного» и «восстановительного» правосудия началась в 70–80-х гг. XX в.). Решения, принятые представителями системы (т.е. профессиональными юристами), касаются лишь вопроса виновности правонарушителя, однако не учитывают особенностей положения каждой из сторон, их взаимоотношений, и не разрешают ситуацию между ними. Как результат, правонарушитель не осознает последствия совершенного деяния, того, как изменилась жизнь пострадавшего после преступления, так как в уголовном процессе прямая коммуникация между сторонами невозможна. В то же время пострадавший сталкивается с игнорированием своих чувств и эмоций: ведь преступление понимается, прежде всего, как нарушение закона, и именно перед государством, а не перед настоящим потерпевшим отвечает правонарушитель^{<54>}.

«Властью экспертов»^{<62>} характеризовались и другие сферы жизни человека. По словам известного норвежского криминолога Н. Кристи, конфликты «были украдены» у людей «специалистами по человеку»^{<87>} (юристами, сотрудниками социальной сферы, психологами и т.д.), и люди перестали самостоятельно принимать участие в решении конфликтных ситуаций, а, значит, брать на себя ответственность за свою жизнь и будущее.

В качестве альтернативы было предложено «восстановительное правосудие»⁵ – термин, который объединяет в себе практики, где всем затронутым преступлением лицам с помощью независимого ведущего предоставляется возможность обсудить последствия преступления, способы заглаживания вреда, а также пути предотвращения повторения ситуации в будущем. Отличительной чертой восстановительного подхода является самостоятельное принятие сторонами решений,

⁵ На русский язык термин «restorative justice» был переведен как «восстановительное правосудие» (дословным переводом «justice» была бы, скорее, «справедливость») с целью противопоставить его карательному, однако это не означает применение восстановительного подхода исключительно в сфере правосудия в смысле «деятельности, осуществляемой только судом» (по смыслу ст. 118 Конституции РФ).

как следствие, восстановление субъектности каждого участника, восстановление ее/его способности брать на себя ответственность за свои поступки и за свои решения. Л.М. Карнозова, например, называет восстановительные практики «неэкспертными практиками», противопоставляя их «экспертно-диагностическому» типу коммуникации – привычной модели взаимодействия «специалист – клиент», где четко определены авторитетная позиция «знающего» (специалиста) и «познаваемого» (клиента)^{<67>}.

Исходно появившийся как альтернативный способ реагирования на преступление восстановительный подход позже был распространен и на иные сферы человеческих отношений (школы, семейную, социальную сферу). Сейчас восстановительные практики реализуются в большинстве стран мира (где-то в рамках отдельных проектов, где-то практики институционализированы и реализуются систематически).

1. Характеристика основных видов восстановительных практик

А) Семейные групповые конференции (модель «care and protection»)

Одной из первых моделей восстановительных программ стали семейные групповые конференции (далее – СГК) по ситуациям семейного неблагополучия. Они стали применяться в Новой Зеландии после принятия Закона о детях, подростках и их семьях в 1989 г.^{<292>} (далее – Закон 1989 г.). Поводом к реформе послужило общественное недовольство вмешательством государства в жизнь семей и детей. Исследователи отмечают, что закон, политика и практика основывались на мировоззрении доминирующего белого населения, в результате чего большой процент семей и детей коренного народа маори оказались в поле зрения органов правосудия и социальной защиты^{<228>}. Культура коренного народа маори, где в воспитании детей участвуют члены всей семьи, была маргинализована, семья и близкое окружение были исключены из процесса принятия решений относительно судьбы своих детей^{<207>}. В итоге в Законе 1989 г. были закреплены две модели групповых семейных конференций, основанные на способах урегулирования семейных конфликтов народа маори – как одна из мер по реагированию 1) на ситуации, когда благополучие ребенка под угрозой («забота и защита») и 2) на преступлениях несовершеннолетних (в рамках системы ювенальной юстиции).

Данная модель СГК была распространена по всему миру^{<299>}. Идея этого процесса заключается в том, что семья имеет больше доступных ресурсов, чем кажется, для обеспечения защиты ребенка и его здоровья, его социального благосостояния, процветания и развития в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Другими словами, только СГК может запустить использование семейных ресурсов и помощи изнутри самой семьи^{<110>}. По мнению Й. Фауэрхолма, Л. Бронхольта, ключевыми элементами СГК являются 1) участие расширенной семьи; 2) возможность

утвердить план действий семьи без участия профессионального сотрудника органов по защите детей; 3) участие независимого координатора, не являющегося сотрудником органов по защите детей, который способствует тому, чтобы план семьи был реализован; 4) утверждение плана действий расширенной семьи в той степени, в которой план защищает ребенка и отвечает его потребностям и наилучшим интересам^{<244>}. Таким образом, дополнительной особенностью этого вида восстановительных программ является потенциал трансформации отношений между государством и семьей по вопросу заботы о детях и их благополучия^{<243>}.

В общем виде процесс проведения СГК по таким ситуациям можно описать следующим образом. Если социальными службами (в новой Зеландии это могут быть любые государственные организации, которые заинтересованы в благополучии детей, а также суды^{<296>}) установлен факт жестокого обращения с ребенком, случай передается независимому координатору, который не является представителем государственных структур. Прежде чем связаться с семьей, происходит изучение и оценка случая, насколько он подходит для проведения СГК, какие есть риски для безопасности ребенка (причем оценка рисков происходит в течение всего процесса^{<224>}), каких специалистов следует привлечь. После координатор связывается с членами семьи, выясняет их потенциальное желание принять участие. Далее проходят встречи с потенциальными участниками СГК, уточняются вопросы, выносимые на СГК, разъясняются правила ее проведения, выясняется, кого члены семьи хотели бы видеть на встрече. Одним из самых важных элементов подготовки является встреча с ребенком. Очень важно, чтобы ребенок не исключался из процесса подготовки и проведения семейной конференции и мог озвучить свои чувства и пожелания для близких, которые могут быть основой для формирования повестки дня встречи родственников^{<94>}. Важно и присутствие поддерживающих ребенка лиц, так как это может быть фактором, создающим безопасную для ребенка среду. Конференция начинается с оглашения правил участия, участникам предоставляется возможность задать вопросы. Представитель органа, который передал случай, озвучивает официальную причину (рекомендуется делать это в форме короткого доклада без употреблений жаргонной лексики)^{<321>}. Далее семье предоставляется «личное время» (при этом не присутствует ответственный сотрудник социальной службы, а в большинстве случаев – и координатор), когда семья должна разработать план решения проблем – обычно члены семьи находят такие способы решения, о возможности реализации которых даже не подозревали^{<256>}. По итогам составляется план, который после завершения «личного времени» обсуждается вместе со специалистами. В плане фиксируются принятые решения и обязательства, кто ответственен за них, и в какие сроки они должны быть выполнены. Мониторинг

выполнения плана семьи осуществляется специалистами, при необходимости может быть проведена дополнительная встреча для обсуждения успехов и неудач выполнения плана.

Распространившись по всему миру, в результате многочисленных видоизменений и адаптаций, появилось несколько различных моделей данной восстановительной программы. Самое большое отличие существует между новозеландской моделью, которая распространилась в Европе, и североамериканской моделью, которая получила название «встреча семейной команды». Главное отличие заключается в том, что ведущий СГК или координатор присутствуют в течение всей встречи²⁵⁹. Представляется, что выбор между наличием или отсутствием личного времени может быть обоснован как вопросами безопасности ребенка (насколько он готов остаться с семьей один на один, достаточно ли поддерживающих его лиц), так и мнением о степени участия специалистов в каждой конкретной ситуации. Также в некоторых вариациях СГК функцию координатора (организатора программы) и ведущего (фасилитатора) выполняют разные лица.

Б) *Круги*

Традиционно круги использовались коренными народами как форма принятия решений, как пространство для исцеления, обучения и передачи информации. Даная форма была адаптирована для современных пространств – уголовного правосудия, школ, социальной сферы. Отличительной особенностью является, как правило, самый широкий круг участников, возможность максимально задействовать сообщество, члены которого воспринимаются как заинтересованные (наравне с правонарушителем, пострадавшим и их семьями) в преодолении негативных последствий преступлений лица. Могут принимать участие судьи, полицейские, сотрудники различных государственных служб. Круги могут применяться как по ситуациям правонарушений и преступлений, так и менее серьезным конфликтным ситуациям, которые возникают, например, в школе⁶ или в каком-либо учреждении каждый день⁷. Существует несколько моделей кругов: круги по вынесению наказания («*sentencing circles*»), круги исцеления («*healing circles*»), общинные круги («*community circles*»). Для ситуаций жестокого обращения с детьми могут подходить разные модели: как и круги с участием правонарушителя, так и круги поддержки и исцеления с целью помочь пострадавшему справиться с травмой.

⁶ Подробнее см. раздел 12 настоящей книги: Путинцева Н.В. Система работы в восстановительном подходе по профилактике школьной травли в ситуации буллинга.

⁷ Круги применяются, например, в случае жалоб конфликтов между заключенными и тюремным персоналом с целью изменения институциональной культуры в тюрьмах и закрытых учреждениях. См. напр.: Butler, M., Maruna, S. Rethinking Prison Disciplinary Processes: A potential future for restorative justice // 2016. Victims and Offenders. Vol. 11(1). P. 126–148.

Выделяют 4 этапа проведения кругов: 1) определение того, насколько проведение круга подходит для этой ситуации; 2) подготовка участников к встрече (выяснение желания каждого, объяснение сути процесса и его правил); 3) проведение круга (открытие, достижение согласия по правилам, объяснение целей круга и озвучивание вынесенных на круг вопросов, коммуникация в круге, когда каждый имеет право высказаться (хранитель передает символ слова желающим), озвучить свое мнение по вопросу и то, что его беспокоит), фиксации достигнутых соглашений и подведение итогов хранителем круга (ведущим)); 4) контроль за выполнением соглашения^{<130/1>}.

В отличие от других восстановительных практик роль ведущего (хранителя) здесь заключается больше в подготовке участников к процессу и соблюдению правил общения в круге, контроля за безопасностью. В кругах особенно ощущается чувство принадлежности к сообществу, чувство эмпатии участников, которым предоставляется возможность высказаться и разделить ответственность с теми, кто готов искать конструктивные решения^{<236>}.

В) Медиация между правонарушителем и пострадавшим

Медиация между правонарушителем и потерпевшим является самой распространенной восстановительной практикой в мире^{<345>}. Медиация предоставляет возможность пострадавшему и правонарушителю обсудить произошедшее преступление и его последствия в условиях прямой или не прямой коммуникации, которая модерирована беспристрастной, специально подготовленной для этого третьей стороной как при личной встрече, так и в других условиях^{<346>}. В медиации чаще всего принимают участие две стороны: «Как правило, если конфликтная ситуация может быть разрешена силами двух сторон (взрослого и ребенка), то проводится семейная медиация, в результате которой стороны подписывают примирительный договор»^{<182>}. Однако каждый может пригласить поддерживающих лиц. Как и в других видах восстановительных практик, существует множество моделей. Помимо классической личной встречи широко практикуется челночная медиация (обмен письмами между правонарушителем и пострадавшим), могут быть программы, когда ведущий общается лично только с одной из сторон, а позиция другой стороны зачитывается. Сейчас широко используются методологические наработки по проведению восстановительных программ онлайн (по программам видео- и аудиосвязи)^{<291>} или по телефону. По случаям жестокого обращения с детьми такой формат может быть хорошей альтернативой для снижения риска травмирования пострадавшего ребенка.

Структура процесса похожа на уже описанные восстановительные практики: подготовка сторон (выяснение желания участвовать, мотивации сторон, планирование процедуры, обсуждение потребностей и пожеланий сторон, формирование повестки дня – вопросов для обсуждения);

сама встреча или процесс не прямой коммуникации; фиксация достигнутых договоренностей в примирительном договоре; их реализация и ее мониторинг ведущим и органом, передавшим дело на программу.

Дополнительно необходимо отметить, что перечень перечисленных выше практик не исчерпывающий, существует множество комбинаций основных трех видов восстановительных программ, что позволяет максимально гибко реагировать на преступления и конфликтные ситуации или выступать способом их профилактики^{<34>}.

В России в течение последних нескольких лет в ряде регионов начали в небольшом масштабе проводиться программы восстановительного правосудия по преступлениям и административным правонарушениям взрослых по делам о домашнем насилии в отношении несовершеннолетних. В частности, в Архангельской области разработан специальный Порядок взаимодействия субъектов программы примирения потерпевшего с обвиняемым (подозреваемым), подсудимым по уголовным делам о преступлениях, связанных с жестоким обращением с детьми, совершенных в семье (декабрь 2015 г.)^{<152>}. Опыт проведения восстановительных программ по таким делам описан в Журнале «Вестник восстановительной юстиции»^{<61>}.

Анализируя данный опыт в ежегодном мониторинге деятельности территориальных и школьных служб примирения, Л.М. Карнозова указывает: «Этот тип ситуаций оказывается еще более сложным, поскольку переворачивается пирамида традиционных ценностей – родитель из авторитета превращается в правонарушителя. К сожалению, не все родители готовы принять на себя ответственность за причиненный вред, не все готовы извиниться перед своим ребенком, считая это исключительным унижением, ведь тот наказан «за дело». Родителю нужно возвращать позицию ответственного родительства как базовую»^{<68>}.

2. Особенности участия детей-пострадавших в программах восстановительного правосудия

В литературе отмечается, что на сегодняшний день практически отсутствуют специализированные эмпирические исследования о том, насколько восстановительные программы учитывают специфические потребности и права детей-пострадавших^{<248>}. Т. Гал в своей статье «Устанавливая стандарты для детско-инклюзивного восстановительного правосудия» проводит обзор существующих исследований об опыте участия пострадавших в восстановительных программах, однако ни одно из них не было направлено на изучение опыта детей-пострадавших. Т. Гал на основе результатов исследования Х. Стрэнг^{<325>} делает вывод, что в сравнении со взрослыми-пострадавшими, участвующими в восстановительных программах, дети-пострадавшие намного меньше были удовлетворены процессом из-за доминирующей роли взрослых, неадаптированности процесса к особым потребностям пострадавших^{<247>}.

Действительно, большинство исследований посвящено изучению эффективности восстановительных программ – исследователи пытаются измерить, насколько участие семей в восстановительных программах приводит к уменьшению количества случаев изъятия детей из семьи, количества случаев детской безнадзорности и насилия в семье и т.д. (подробнее см. ч. 4 настоящей статьи). Другими словами, пытаются измерить количественные показатели, в то время, как восстановительное правосудие – это, скорее, *процесс*. В связи с этим важны исследования изменений ощущений сторон до и после восстановительных программ, что позволило бы адаптировать восстановительные технологии к разным типам ситуаций, в том числе и к таким чувствительным, как жестокое обращение с детьми. Такие исследования могли бы продемонстрировать, насколько в той или иной ситуации ребенок-пострадавший принимал участие как самостоятельный участник, и при этом осуществлялась постоянная оценка рисков ее/его безопасности.

К слову, в российской практике восстановительного правосудия есть подобный инструмент. Ежегодно в рамках Всероссийской Ассоциации восстановительной медиации проводится количественный и качественный мониторинг деятельности территориальных и школьных служб примирения. Качественный анализ восстановительных программ осуществляется как организованная по специальной форме рефлексия ведущих, которая позволяет соотнести процесс и результаты проведенной работы с базовыми ценностями, принципами и практическими ориентирами восстановительного подхода⁶⁸. Качественный мониторинг включает в себя три блока: организационные условия деятельности служб примирения в регионе/на территории; качественный анализ проведенных восстановительных программ; обратная связь от участников восстановительных программ⁶⁸.

Особенности участия детей в целом и детей-пострадавших в восстановительных программах закреплены в международных документах – стандартах восстановительного правосудия⁸. Данные правила одновременно представляют собой гарантии безопасности ребенка в ходе общения, конфронтации с семьей или иными лицами, которые причинили ей/ему вред. Они же служат ориентирами при отборе дел и планировании

⁸ Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation CM/Rec(2018)8 to Member States Concerning Restorative Justice in Criminal Matters. 03 October 2018 [Электронный ресурс]. URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016808e35f3. (дата обращения: 01.08.2021) (далее – Рекомендация 2018 г.); Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation No. R(99)19 to Member States Concerning Mediation in Penal Matters. 15 September 1999 [Электронный ресурс]. URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=090000168062e02b (далее – Рекомендация 1999 г.) (дата обращения: 01.08.2021); United Nations Economic and Social Council. Resolution No. 2002/12 'Basic Principles on the Use of Restorative Justice Programmes in Criminal Matters'. 24 July 2002 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org.ecosoc/files/documents/2002/resolution-2002-12.pdf> (далее – Базовые принципы 2002 г.) (дата обращения: 01.08.2021).

восстановительной работы. Ключевой в этом смысле является также оценка рисков для сторон. К примеру, авторы практического руководства по восстановительному правосудию сексуализированного насилия (применимо также и по таким ситуациям в отношении детей) вводят термин «восстановительный риск» (*«restorative risk»*) – «любой фактор или соображение с точки зрения восстановительной практики, который может потенциально стать поводом причинения еще большего вреда одной из сторон»^{<288>} (речь здесь идет не только о пострадавшем, но и о риске для правонарушителя).

Итак, в первую очередь, это базовые правила проведения программ восстановительного правосудия, которые распространяются на всех участников: добровольность, возможность в любой момент отозвать это согласие^{<129>}, приостановить встречу, признание фактов дела^{<129>}, участие родителя или законного представителя^{<129>}, право на юридическую помощь^{<129>}, информированное согласие об участии в процедуре^{<129>}, конфиденциальность^{<129>}. Также Руководство по программам восстановительного правосудия 2020 г. (сборник наилучших практик, принятый с целью упрощения имплементации Базовых принципов 2002 г., далее – Руководство 2020 г.) подчеркивает, что успешность восстановительного подхода по ситуациям, где ребенок является пострадавшим, зависит от учета прав и потребностей ребенка, от степени добровольного участия ребенка и его поддержки в ходе процесса. Более того, восстановительный процесс может быть соотнесен со способностями ребенка справляться с участием в процедуре и уровнем его развития^{<344>}.

В 2018 г. Европейский форум по восстановительному правосудию на основе опыта нескольких европейских стран (Бельгии, Нидерландов, Финляндии) составили следующие рекомендации по реализации программ ВП с участием детей: 1) доступные, безопасные и качественные службы ВП; 2) квалифицированные и прошедшие специальную подготовку по правам ребенка, их потребностям и коммуникации ведущие; 3) доступность информации о процедуре и добровольность участия; 4) чувствительный к ребенку подход и главенство принципа наилучших интересов ребенка; 5) безопасность восстановительного процесса; 6) возможность участвовать в разных форматах восстановительных практик; 7) использование дружественных к ребенку технологий и обстановки; 8) пропорциональность как ключевой принцип результатов восстановительных программ; 9) сбор информации и исследования о позиции детей пострадавших в ВП; 10) вовлечение сообщества в процесс.

РАЗДЕЛ 10. СЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ. ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА

Причины жестокого обращения с детьми в семье

Нарушение системы семейных отношений способствует и возникновению таких детских проблем, как побеги из дома, уход в неформальные асоциальные объединения и религиозные секты, агрессивное, неуправляемое и жестокое поведение несовершеннолетних, самоубийства и пр. Семья, где практикуют насилие над детьми, утрачивает функцию защиты для ребенка от негативного социального влияния. Она сама играет травмирующую роль, становясь источником отрицательного воздействия на ребенка. Семейное насилие создает угрозу здоровью, нравственному и интеллектуальному развитию не только для отдельно ребенка, но и здоровью нации в целом.

Знание специалистами причин и источников жестокого обращения с детьми в семье позволяет им своевременно выявлять случаи насилия и обеспечивать безопасность ребенку.

Существует ряд подходов, объясняющих причины жестокого обращения с детьми, по совокупности факторов (Крайг, 2000).

Медико-психологический (психиатрический) подход рассматривает жестокое обращение с ребенком исходя из личностных особенностей и семейной истории родителей. Согласно *психоаналитической теории*, поведение родителей по отношению к своим детям в значительной степени отражает тот опыт родительско-детских отношений, которые они пережили и усвоили во время своего собственного детства. Семейное насилие, особенно над детьми, имеет тенденцию воспроизводиться из поколения в поколение. Установлено, что многие взрослые, проявляющие жестокость в обращении с детьми, сами в детстве подвергались подобному обращению. Неудовлетворенные в детстве потребности, связанные со страхом, гневом, фрустрацией, агрессивностью, импульсивностью, эпатирующим поведением, могут быть перенесены во взрослую жизнь и влиять на формирование отношений с членами семьи и собственными детьми.

На основе этого можно выделить *основные мотивы насилия над ребенком* со стороны родителей в семье:

- бессознательная потребность перенести на ребенка унижение, которое когда-то подвергались сами;
- потребность дать выход подавленным чувствам;
- потребность обладать и иметь в своем собственном распоряжении живой объект (беззащитного ребенка) для манипулирования;

- перенос собственного детского опыта, родительских воспитательных методов на собственного ребенка;
- реванш за боль, которую родитель когда-то сам пережил.

Социологический подход объясняет влияние на жестокое обращение с ребенком социально-экономических факторов. Проблемы бедности, безработицы, внезапной потери работы, скученности или социальной изоляции приводят к нарастанию эмоционального напряжения в семье, неудовлетворенности собой, близкими и жизни в целом. В таких семьях дети часто становятся мишенями для выплескивания отрицательных эмоций взрослых в виде различных форм насилия. Таким образом, социально-экономические факторы опосредуются через психологический дискомфорт, стресс, агрессию.

Ситуационный подход объясняет значение сочетаний определенных обстоятельств в семейной микросреде: особенностями поведения ребенка, несоответствием ребенка ожиданиям родителей, нарушением отношений в семье и пр.

Особое внимание специалистов в работе с семьями, практикующими жестокое обращение с ребенком, важно уделять и **культурным аспектам**. «Жестокое обращение с детьми может быть связано с практикой воспитания детей, которая существует в данной культуре. Различные культуры или субкультуры используют разные приемы воспитания детей и допускают разные методы наказания в случаях неприемлемого поведения детей. Эти методы могут передаваться из поколения в поколение, даже если они устарели и не соответствуют современным общественным нормам воспитания» (Сафонова, 2001). Поэтому в социальной работе при сборе анамнеза семьи важно учитывать её этническую принадлежность.

Таким образом, насилие над ребенком следует рассматривать в социально-культурном и психологическом контексте, что следует учитывать при превенции, выявлении и вмешательстве. Необходимо помнить и о том, что к насилию ведет комплексное влияние факторов риска окружающей среды, семьи и индивидуальных особенностей, как родителей, так и ребенка.

Факторы риска насилия, связанные с особенностями семьи

Комплексная модель синдрома жестокого обращения с детьми рассматривает его как многомерный феномен, обусловленный взаимодействием ряда факторов: особенностями родителя и ребенка, характером их взаимоотношений, укладом семьи и внутрисемейными проблемами, стрессами, вызванными социально-экономической средой, в которой проживает семья, общественными условиями, в которых проявляется насилие.

Выясняя обстоятельства полученной ребенком травмы, при сборе анамнеза специалисту важно знать факторы риска наличия жестокого обращения или насилия в семье.

В качестве наиболее распространенных общих факторов риска жестокого обращения с детьми выделяются следующие:

- семьи с низким материальным уровнем жизни, в которых родители не способны обеспечить основные потребности ребенка в пище, одежде, образовании, медицинском уходе и пр.;
- многодетные семьи (материальный уровень жизни не очень высок). Родители оказываются неспособными обеспечить детям полноценную жизнь;
- неполные или конфликтные семьи. Тяжелая, напряженная обстановка в семье негативно сказывается на отношении к ребенку и способам взаимодействия с ним;
- семьи с усыновленными детьми. Особенности поведения усыновленного ребенка могут не соответствовать ожиданиям, и со стороны приемных родителей может совершаться насилие.

В семьях, где применяются жестокие наказания, как правило, плохо распределяются семейные роли (либо власть концентрируется у одного родителя, либо хаотически распределяется).

Факторы риска, связанные со здоровьем родителей

Алкоголизм одного или обоих родителей. Статус родителей низкий, дети часто подвергаются физическому и эмоциональному насилию. Сам образ жизни семьи становится фактором насилия.

Умственная отсталость родителей откладывает отпечаток на личность ребенка. Желательно выведение ребенка из такой семьи.

Душевные заболевания. Различные психиатрические диагнозы (шизофрения, депрессивные заболевания и пр.) при которых родитель не может нормально контактировать с ребенком, что может приводить к фактам жестокого обращения с ним.

Факторы риска, обусловленные личностью родителей, с родительскими установками:

- агрессивность;
- сниженный уровень самоконтроля;
- стремление к доминированию;
- повышенный уровень раздражительности;
- неуверенность в собственных силах, неадекватная самооценка;
- высокий уровень ожиданий по отношению к ребенку;
- преувеличение ценности физических наказаний;
- собственный детский опыт, связанный с насилием.

Факторы риска, обусловленные личностью ребенка

Гиперкинетический синдром (СДВГ), чрезмерная подвижность со сниженной способностью к концентрации внимания. Поведение ребенка «изматывает» родителя, и он применяет физическое наказание.

Нелюбимый или «нежеланный» ребенок – родившийся от случайных, нежелательных связей.

Физические и психические отклонения ребенка. Дети с физическими и умственными нарушениями чаще становятся объектами жестокого обращения.

Практика показывает, что некоторые факторы значительно повышают угрозу жестокого обращения с ребенком по сравнению с другими.

Выявление факторов риска наличия жестокого обращения с ребенком увеличивает подозрение на преднамеренность травмы насильственного характера.

Отдельные виды насилия и их взаимосвязь

Существует несколько параметров, по которым классифицируется насилие.

Насилие может быть *явным и скрытым* (косвенным) в зависимости от стратегии поведения обидчика. *Прямым*, направленным на ребенка, и *опосредованным*, направленным на людей близких ребенку, за которых он переживает. По времени насилие делится на *происходящее в настоящем и случившееся в прошлом*. По длительности насилие может быть *единичным* (разовым) или *множественным*, длящимся годами. По месту происхождения и окружения насилие бывает *семейным* – со стороны родственников и *внесемейным* (в школе – со стороны педагогов и или детей; на улице – со стороны детей и незнакомых взрослых).

Для классификации видов насилия используются три основания:

- 1) **социальная среда или сфера**, в которой совершается насилие. Различают семейное насилие, институциональное насилие (насилие в школе – буллинг, интернате, больнице и т.д.). Под семейным насилием понимаются агрессивные и враждебные действия в отношении членов семьи, в результате которых объекту насилия могут быть причинены вред, травма, унижения или иногда смерть;
- 2) **характеристика объекта насилия**, включающая: возраст (дети или престарелые), пол, состояние здоровья (инвалиды или недееспособные), этническая принадлежность, социальный статус и др.;
- 3) **характер насильственных действий**, включающий широкий диапазон различных действий в соответствии с видом насилия.

Однако наибольшее распространение получила классификация насилия, основанная на различиях природы насильственных актов.

Традиционно различают четыре основных вида насилия с детьми: физическое, сексуальное, эмоциональное (психологическое) и пренебрежение нуждами ребенка

Как правило, ребенок, подвергающийся жестокому обращению, испытывает одновременно в сочетании несколько видов насилия, и тогда говорят о *комбинированном насилии* (В. Дерябина).

Эмоциональное насилие сопровождает все остальные виды насилия и является их неотъемлемой частью.

Однако практика показала, что ребенок может переживать одновременно или в разное время все вышеперечисленные основные виды насилия, и тогда речь идет о *комплексном насилии*.

Таким образом, обобщая сложившиеся в настоящее время подходы к определению этих понятий, можно сказать, что насилие и жестокое обращение с детьми происходит там и тогда, где и когда детям фактически причиняется вред через оскорбление, несправедливое наказание, побои, чрезмерные требования или запрещения чего-либо из «любви к ребенку».

Дети являются наиболее ранимыми к проявлениям любого вида насилия. Можно выделить «возраста риска» или «сензитивные к насилию» периоды развития, когда анатомо-физиологические, гормональные, эмоционально-личностные и психосоциальные изменения делают детей легко травмируемыми. К таким периодам относятся, прежде всего, дошкольный и подростковый периоды. Незнание родителями особенностей развития ребенка, незрелость родительских чувств, неумение или нежелание контролировать собственные эмоции и невротические состояния не позволяют выработать терпимость и чуткость к тем изменениям, которые происходят с детьми, что приводит к насилию над ними в семье.

Детям, пережившим психологическую травму, достаточно трудно понять, что с ними произошло. Это, прежде всего, связано с их возрастными особенностями, социальной и психологической незрелостью. Ребёнок не в состоянии осознать смысл происходящего насилия, он просто запоминает саму ситуацию и свои переживания в этот миг.

Любой вид насилия над детьми ведет к разнообразным тяжелым последствиям (ближайшим, отдаленным). *Ближайшие последствия* проявляются сразу после травмы. *Отдаленные* – могут сохраняться долгие годы, затрудняя социальную адаптацию не только в детском возрасте, но и во взрослой жизни.

Все последствия объединяет то, что они наносят ущерб здоровью ребенка, проявляющийся в медицинских, психологических, поведенческих, когнитивных, личностных, межличностных показателях и создающий опасность для его жизни.

Особенности реагирования детей на травму, связанную с насилием

Реакции детей на травму, связанную с насилием, опосредуются возрастом и уровнем развития ребенка. Сила реакции ребенка на насилие во многом зависит от поведения родителей и их отношения к данной ситуации. Однако на одно и тоже травматическое событие, даже у детей

одного возраста, реакции могут различаться. Один ребенок может быть испуганным и подавленным, другой проявлять агрессию, третий заботиться о других, а четвертый вести себя так, как будто ничего не произошло. Зарубежные исследователи ввели термин «эластичные дети».

Во многом эти реакции опосредуются пониманием ребенка произошедшего и личностным значением для него последствий; наличием или отсутствием поддержки со стороны значимого взрослого; его отношением к себе; характерологическими особенностями и его привычными формами реагирования на трудности.

Травматические события отражаются на всех сферах функционирования ребенка.

Возрастные особенности мышления оказывают влияние на переживание детьми травматических событий.

В силу возрастного эгоцентризма дети склонны приписывать происходящие вокруг события своему влиянию. Это приводит к тому, что дети чувствуют себя виновными в сложившихся ситуациях, которые от них не зависят и на которые они не могут влиять (насилие, развод родителей, их смерть и т.п.).

Недостаточный социальный опыт приводит к тому, что дети создают мифы, нереалистичные объяснения произошедшему и своей роли в нем, чтобы вернуть чувство предсказуемости и контроля над своей жизнью. Кроме того, чтобы оправдать то, что несчастье случилось именно с ними, дети объясняют произошедшее тем, что они «плохие». Принимая вину на себя, они стремятся сохранить предсказуемость и справедливость устройства мира.

Дети, подвергающиеся длительное время жестокому обращению в семье, особенно склонны формировать искаженные представления о своей вине и ущербности.

Когнитивные искажения, встречающиеся при переживании ребенком насилия, затрагивают и отношение к другим. Дети могут генерализировать и переносить отношение к насильнику на других людей. Рабочая установка «Никому нельзя доверять» приводит к нарушению контактов со сверстниками и взрослыми.

Пытаясь изменить (скомпенсировать) свой негативный опыт, дети могут реагировать на травму, вступая в опасные отношения со сверстниками и взрослыми, и, получая повторную травму, подкреплять установку «Все произошло из-за того, что я плохой».

У детей, перенесших психологическую травму, могут возникать стойкие эмоциональные расстройства в виде страхов, стыда, гнева, сниженного настроения, а также нарушаться способность к регуляции своих эмоций.

После травмы страх у детей генерализуется, т.е. предметы, которые до травмы казались безопасными, становятся опасными, т.к. напоми-

нают ребенку о травматическом событии. Ощущение общей небезопасности и уязвимости ребенка приводит к повышению общего уровня тревожности.

После травмы у детей могут возникать подавленность, сниженное настроение, депрессии – это реакции на внезапную потерю доверия к другим людям и миру в целом. Ощущение несправедливости, связанной с травмирующим событием, могут вызывать у ребенка злость и гнев.

Наиболее характерными поведенческими реакциями на травму у детей могут быть избегание, агрессивность, саморазрушающее поведение и др.

Травмированные дети, после насилия выражают свою злость и гнев в протестном или деструктивном поведении. Употребление алкоголя и наркотиков направлено на смягчение травмирующих воспоминаний и переживаний негативного образа Я. Самоповреждения (порезы, ожоги, суицидальные действия) находятся в непосредственной связи с детскими травмами.

В некоторых случаях реакция на травму у детей может протекать в острой форме и выражаться в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР).

Последствием нахождения в хронических психотравмирующих условиях, связанных с жестоким обращением, может явиться усвоение детьми дезадаптивных форм поведения, так как они могут казаться для них выигрышными, ведь насильник имеет власть, деньги, контролирует жизнь семьи, ему все подчиняются и т.п.

Т.Я. Сафонова рассматривает *динамику психологических последствий у детей после перенесенного насилия* и выделяет ближайшие и отдаленные последствия.

Автор различает три основные стадии их развития:

I стадия. Сразу после травмы, особенно если она носила характер грубого насилия и нападения, у ребенка развивается первичная реакция в виде болезненных физических и эмоциональных проявлений, которые в зависимости от характера и продолжительности воздействия, возраста ребенка и его личностных особенностей могут иметь различную степень тяжести и спектр проявлений.

Реакции ребенка на акт насилия отличается от реакции на случайные травмы. При насилии, совершенном близким человеком (мать, отец), душевная травма, в отличие от физической, долго не проходит, так как ее нанес человек, от которого ребенок ждет защиты и помощи. Ребенок чувствует, что по отношению к нему совершено плохое действие, предательство. Будучи зависимым от взрослых, он не в силах что-либо изменить, поэтому к боли от предательства присоединяется ощущение беспомощности. Кроме того, у ребенка нарушается представление о себе самом, раз к нему относятся плохо, а к другим детям хорошо, значит, он заслужил такое обращение. Происходит стигматизация –

возникает отношение к себе, как к испорченному, «награжденному» от природы плохими качествами.

II стадия – адаптация (аккомодация), в процессе которой у ребенка вырабатываются навыки, помогающие ему справиться с происходящим. Он вырабатывает такие приемы и формы поведения, которые помогают ему обеспечить безопасность, уменьшить физическую и душевную боль, т.е. он развивает психологическую защиту – *копинг*.

Наиболее распространенным видом копинга (продуктивным на начальных этапах) является вытеснение и забывание. Ребенок старается не думать о том, что причинило или причиняет ему страдания. По мнению английского психолога Х. Хэнкс «...за такие психологические маневры дети расплачиваются дорогой ценой. Чтобы «забыть» события, которые, кажется, забыть невозможно, они затрачивают значительную часть психической энергии, которая в нормальных условиях используется на овладение навыками, знаниями, свойственными данному возрасту ребенка» (цит. по Сафоновой, 2001).

III стадия. Отдаленные последствия перенесенного насилия являются интегративным процессом, который складывается из особенностей первой и второй стадий, личностных особенностей ребенка. Большое значение для развития отдаленных последствий оказывает отсутствие поддержки со стороны значимых взрослых. На этом этапе формируются стойкие поведенческие и личностные нарушения, которые затрудняют социальную адаптацию не только в детском возрасте, но и во взрослой жизни.

Наиболее существенные и часто встречающиеся отдаленные проявления последствий:

| Плохого обращения с детьми | Дети-свидетели насилия в семье |
|--|---|
| Посттравматические стрессовые нарушения Когнитивные искажения Диссоциация Уклонение | Переживание всплеск в памяти эпизодов насилия, свидетелями которых они были |
| Измененная эмоциональность Суицидность | Прошлые страхи усиливают настоящие факторы стресса Долгосрочная <u>депрессия</u> Эмоциональные проблемы с низким стрессовым порогом Последующие суицидные попытки Тревога Депрессия Суицидные тенденции |
| Нарушение самовосприятия | Нарушенная самооценка |

| Плохого обращения с детьми | Дети-свидетели насилия в семье |
|---|---|
| Нарушенное установление связей Проблемы с близостью, доверием и авторитетом Проблемы агрессивности в отношениях | Потенциальные объекты физического или эмоционального плохого обращения в последующих взаимоотношениях Приобретенная агрессивность Приобретенная беспомощность |
| Злоупотребление алкоголем/ наркотиками | Злоупотребление алкоголем/ наркотиками Злоупотребление вредными веществами |
| Нанесение себе увечий | Заранее обреченное на неудачу поведение |
| Навязчивое сексуальное поведение | Сексуальная бравада |

При отсутствии комплексной помощи и психологической коррекции отдаленные последствия перенесенного в детстве насилия могут сохраняться долгие годы и становиться одной из причин преступности и воспроизводства жестокого обращения с детьми в обществе.

Особенности работы со случаями жестокого обращения с детьми и их семьями. Роль междисциплинарной команды специалистов в работе со случаями насилия и жестокого обращения с детьми

Поскольку насилие и жестокое обращение с детьми представляет собой комплексную проблему, то для ее решения наиболее эффективным является системный междисциплинарный подход, основанный на профессиональном взаимодействии специалистов разной ведомственной принадлежности: образования, медицины, социальной работы, правоохранительных и правозащитных органов. Внутренней детерминантой деятельности такой системы является *междисциплинарная команда специалистов*, работающая по предотвращению насилия и жестокого обращения с детьми.

Междисциплинарная команда – рабочая группа профессионалов, взаимодополняющих и взаимозаменяющих друг друга, при оказании помощи детям-жестоким жертвам насилия и их семьям, должна работать как единое целое. От знаний и умений каждого специалиста, входящего в состав команды, будет зависеть благополучие, а часто и жизнь ребенка.

Отличительными особенностями такой команды являются: общее видение проблем ребенка, семьи; наличие общей цели деятельности;

согласованность действий членов команды; взаимодополнение членов команды по функциям и ролям; наличие единых протоколов действий; групповая ответственность членов команды за результаты воздействий; способность быстрого реагирования на ситуацию, в которую попал ребенок.

Основные функции междисциплинарной команды, работающей по предотвращению насилия и жестокого обращения с детьми: информационно-аналитическая (первичный прием, организация комплексной помощи ребенку и семье); социальный мониторинг детей, подростков и семей группы риска; диагностическая, психокоррекционная, социальная помощь, правовая поддержка; профилактическая работа. Системная работа с несовершеннолетними и их семьями должна организовываться в контексте социально-экологической модели.

Работа специалистов различных профессий в междисциплинарной команде позволяет объективно, разносторонне рассматривать поставленную проблему. Для решения задач, требующих нестандартных подходов, творческих идей или привлечения более обширной информации из разных областей, такая группа, как междисциплинарная команда, оказывается более продуктивной за счет использования знаний и опыта различных специалистов.

Основными факторами успешной деятельности междисциплинарной команды являются: постоянная связь и координация действий; четкое планирование и гибкость в работе; постоянные контакты между специалистами; «чувство локтя», поддержка и помощь.

Работа с клиентом включает следующие *этапы*:

- разбор случая насилия или жестокого обращения с ребенком;
- обмен мнениями;
- оценка ситуации и планирование вмешательства;
- вмешательство;
- анализ проведенной работы;
- завершение работы.

Типы стратегий работы с клиентами:

1. *Стратегия параллельных действий.* Каждый член команды имеет собственную стратегию, деятельность профессионалов координируется с помощью встреч членов команды.
2. *Стратегия «почтового ящика».* Члены команды собираются для совместной работы по приглашению руководителя, получившего запрос от клиента. Далее случай может вести один из профессионалов, при необходимости обращаясь за помощью к группе.
3. *Стратегия приема и распределения.* Команда вырабатывает решение, основываясь на первичном анализе ситуации, и переадресовывает решение проблемы (кураторство) одному из членов команды.
4. *Стратегия приема, обследования и распределения.* Специалисты проводят полное обследование случая. Принимается решение о

необходимости вмешательства в ситуацию. Решается вопрос о том, кто из членов команды будет вести случай (куратор).

5. *Стратегия приема, обследования, распределения и анализа.* Анализ проблемы включает отчет ответственного за данный случай о ситуации в семье, о результатах взаимодействия с семьей, о потребностях ребенка и выработке рекомендаций. Решается вопрос о продолжении работы со случаем.

6. *Смешанная параллельная модель.* Взаимодействие междисциплинарной команды и независимых профессионалов, которые могут включаться в общую деятельность на различных этапах.

Алгоритм создания и управления междисциплинарной командой включает следующие модули:

1. *Формирование цели.* Командная работа возможна лишь в том случае, когда каждый член команды понимает значимость ее целей, разделяет их и способствует их достижению. Междисциплинарная команда специалистов – это группа профессионалов из различных ведомств, скоординировано работающих с целью эффективного решения проблемы насилия и жестокого обращения с детьми.

2. *Создание структуры междисциплинарной команды.* Данный модуль включает в себя определение качественного оптимального состава специалистов, работающих по предотвращению насилия и жестокого обращения с ребенком.

3. *Цель организации междисциплинарной команды специалистов* – развивать сотрудничество и скоординированную работу профессионалов в интересах ребенка.

Жестокое обращение с детьми, являясь мультидисциплинарной проблемой, требует комплексного решения. Для этого необходимо сотрудничество с различными учреждениями, оказывающими помощь и защищающими права детей: образовательные учреждения (школы, ДОУ, УПК и др.); органы опеки и попечительства; органы внутренних дел и прокуратура; медицинские учреждения; психолого-медико- социальные центры.

Оказать полноценную помощь детям только силами государственных учреждений достаточно трудно, поэтому желательно привлекать к сотрудничеству социально ориентированные некоммерческие организации, используя их опыт и средства.

Основные направления деятельности и принципы работы с детьми – жертвами насилия и их семьями

Главная цель работы – *проведение диагностического обследования, психологической и медицинской реабилитации, оказание правовой и социальной поддержки детям, подвергшимся насилию или детям из групп риска, а также их семьям.*

С данной проблемой работают специалисты различного профиля: педагоги-психологи, социальные педагоги, медицинские работники (педиатр, детский гинеколог, дерматовенеролог, психиатр, медицинская сестра – реабилитолог), дефектолог, логопед, методист, юрист.

Основные направления деятельности:

1. Сопровождение детей, пострадавших от различных форм насилия, и их семей;
2. Профилактика жестокого обращения с детьми;
3. Научно-аналитическая и методическая работа.

Все направления деятельности тесно связаны между собой, что помогает оказывать действенную комплексную помощь детям, пережившим насилие и жестокое обращение, и их семьям, а также методическую помощь специалистам, сталкивающимся в своей работе с данной проблемой.

Первое направление деятельности направлено на:

- проведение диагностического обследования ребенка и его семьи;
- психокоррекцию с элементами терапии и реабилитацию;
- социальную помощь;
- правовую поддержку детям и их семьям.

Второе направление деятельности предполагает работу с разными независимыми группами: дети, родители, специалисты.

Данное направление предусматривает формы работы по договорам, профилактические визиты в образовательные учреждения, обучающие семинары – тренинги, разработку материалов, направленных на предотвращение насилия в обществе.

Оказание помощи ребенку, пострадавшему от насилия, его семье требует комплексного подхода и участия различных органов и учреждений.

Для этого необходимо развивать сотрудничество с образовательными учреждениями, поддерживать тесную связь с Комиссией по делам несовершеннолетних, органами опеки и попечительства, правоохранительными органами и др.

В просветительскую деятельность включена работа с представителями средств массовой информации, что способствует повышению осведомленности населения по данной проблеме.

Это направление предусматривает разработку и внедрение образовательных программ для специалистов разного профиля, включая организацию конференций, лекций, семинаров-тренингов по проблемам выявления детей, пострадавших от различных форм насилия.

Третье направление – научно-методическая деятельность.

Для оказания эффективной, качественной помощи детям важно изучать причины, факторы риска, психологические и медицинские последствия перенесенного насилия, а также разрабатывать и внедрять в практику современные методы работы с пострадавшими детьми и их семьями.

Принципы работы с детьми и их семьями:

1. У детей и подростков есть собственные права.

Специалисты, работающие с детьми, в своей деятельности должны руководствоваться Конвенцией о правах ребенка, законами РФ. Дети зависимы от родителей или опекунов, они не в состоянии самостоятельно защитить свои права, если по отношению к ним совершаются насильственные действия. Они нуждаются в защите и поддержке специалистов разных профессий: педагогов, психологов, медиков, юристов и др. Дети имеют право получить помощь и поддержку от государства, если они подверглись насилию. Дети имеют право, чтобы с ними советовались, учитывая их возраст, мнения, чувства, переживания.

2. Приоритет интересов ребенка. Взрослые несут ответственность за реализацию на практике прав детей. В случае противоречия между интересами родителей и ребенка, специалист должен отдавать приоритет интересам ребенка, однако при этом необходимо выяснить и учитывать мнение родителей. Родители имеют право на помощь и поддержку государства в воспитании своих детей.

3. Обеспечение безопасности ребенка и недопущение повторения насилия является первым долгом специалиста, который столкнулся с ребенком, пострадавшим от жестокого обращения.

4. Тщательный анализ информации о случившемся является основой всех действий специалистов. Для получения максимально полной информации необходимо использовать все возможные источники для ее получения: беседу с родителями, с ребенком, прародителями, другими родственниками и пр. Важно отделять факты от сплетен и домыслов.

5. Конфиденциальность (неразглашение подробностей случившегося и иной информации о семье, ставшей известной во время работы) важнейший принцип работы по защите прав детей.

Специалист соблюдает конфиденциальность до тех пор, пока это не противоречит интересам ребенка. Любая информация о семье и самом ребенке может быть разглашена, т.е. сообщена в органы опеки, внутренних дел или здравоохранения, если того требует необходимость обеспечения безопасности ребенка. В некоторых случаях сохранение конфиденциальности будет равносильно укрывательству факта насилия и преступлению против ребенка. В зависимости от обстоятельств насилия, даже вопреки желаниям самого ребенка, специалист должен передать информацию о случившемся в соответствующие органы, а также принять меры для защиты ребенка. При этом ребенку необходимо объяснить, почему взрослый так поступает и раскрывает его секрет. А также дать понять, что ребенок будет получать информацию о дальнейшем ходе событий и сможет влиять на ситуацию.

6. Командный принцип работы предполагает совместные действия специалистов различного профиля по оказанию помощи детям, пережившим насилие.
7. Мультидисциплинарный подход. Специалист не может брать всю ответственность на себя, работая со случаями насилия над детьми. Он должен обращаться за помощью к коллегам, консультироваться с медработниками, при необходимости обращаться в органы опеки и попечительства или правоохранительные органы.
8. Работа в семейном контексте предполагает работу не только с ребенком, но и с членами семьи, которые поддерживают ребенка в трудной ситуации, связанной с насилием.

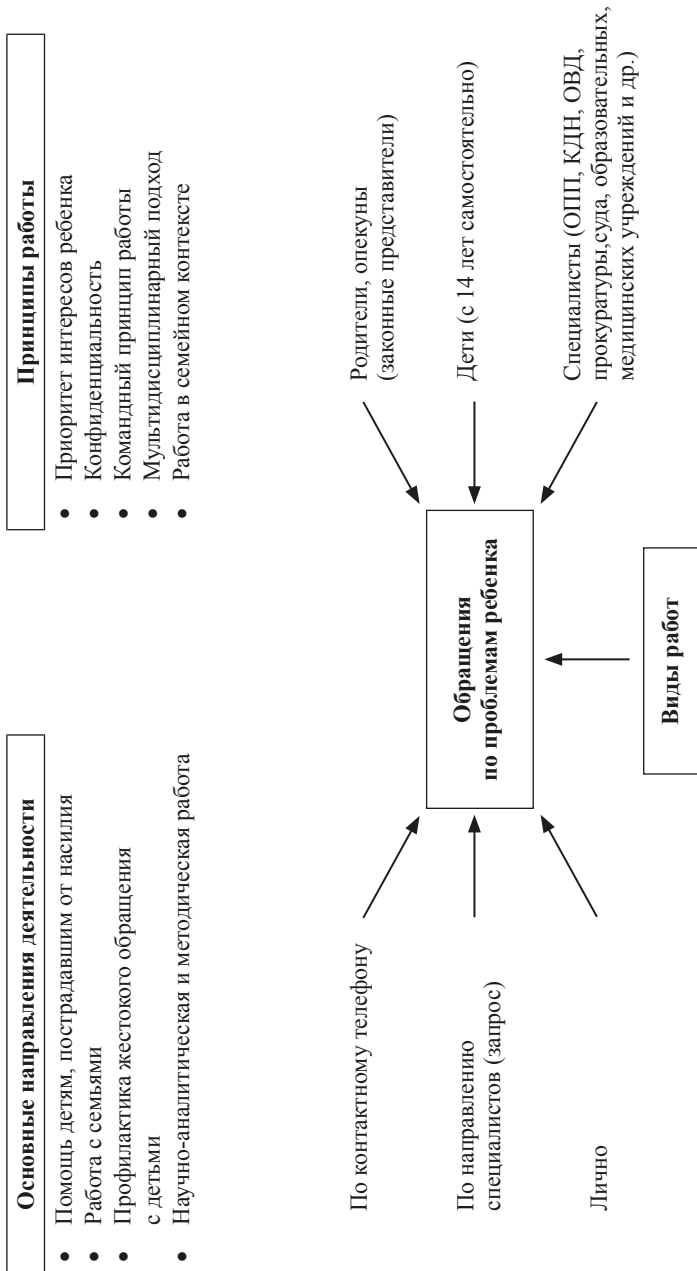
Схема работы со случаем жестокого обращения с ребенком в семье

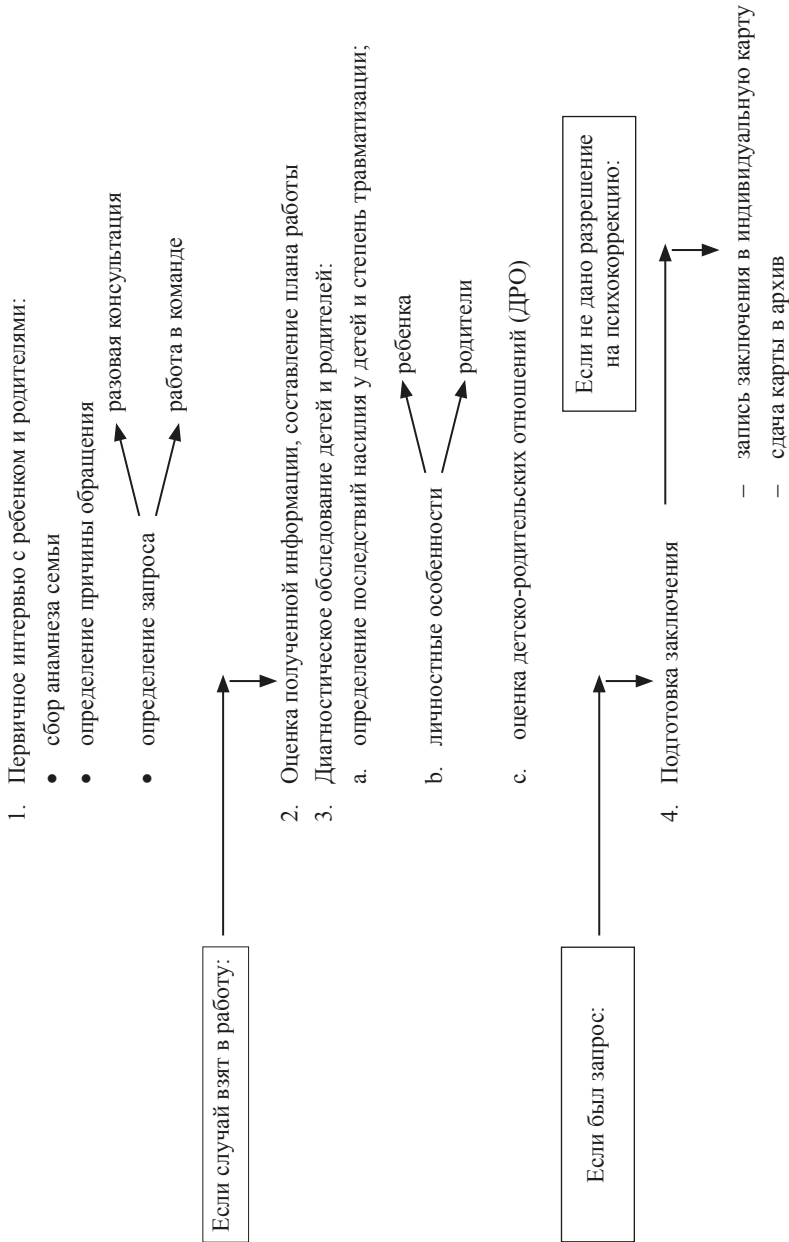
Алгоритм работы со случаем насилия над ребенком в семье.

Работа со случаем жестокого обращения и насилия с ребенком имеет свои особенности и специфику. В случае если работа с ребенком – жертвой насилия проводится междисциплинарной командой специалистов в условиях социально-реабилитационного или психолого-медико-социального центра, то оказание помощи ребенку и его семье, может проходить по следующей схеме. (схема 1).

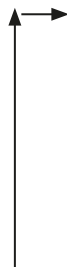
Схема 1

Схема работы со случаем жестокого обращения с детьми





Если имеется разрешение
на психокоррекционную работу:



5. Психокоррекционная и реабилитационная работа с ребенком и родителями (медицинская помощь, юридическая поддержка и др.)
6. Мониторинг состояния ребенка, ДРО после проведенной психокоррекции
7. Консультация специалистов

Виды содружничества



- Передача информации о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации.
- Определение вмешательства органов опеки и попечительства (по месту фактического проживания ребенка) и других служб, чтобы изъять ребенка из опасной ситуации или изменить ее. Если действия родителей по отношению к ребенку являются преступными – обращение в полицию и прокуратуру.
- Передача сведений, полученных в результате работы с ребенком
- Запросы на проведение обследования
- Профилактическая работа

Действия специалистов в работе со случаем начинаются с обращения, полученного: по контактному телефону, лично или по направлению (запросу) специалистов. Обращения могут поступать от законных представителей ребенка (родителей, опекунов), специалистов (ОПП, КДН, ОВД, прокуратуры, образовательных учреждений) и др.

Основная задача специалиста, работающего с детьми, подвергшимися жестокому обращению, – помочь прекратить насилие и не допустить его повторения.

На начальном этапе алгоритм работы (т.е. последовательность основных мероприятий) включает в себя следующие действия:

1. Сбор информации о случае жестокого обращения с ребенком.
2. Оценку объективности и полноты имеющейся информации.
3. Обеспечение безопасности ребенка.
4. Составление плана работы с семьей (деление условно).

Сбор информации о насилии предполагает необходимость выяснения соответствия травм и изменений в поведении ребенка сообщению о совершенном насилии. Могут ли родители объяснить происхождение этих повреждений, соответствует ли данное объяснение той информации, которую получил специалист и характеру травм.

Специалисту важно знать психологические особенности людей, совершающих насилие над детьми, и их жертв, также уметь замечать особенности взаимодействия ребенка с окружающими. В беседе с родителями важно выявить семейные факторы риска жестокого обращения с ребенком.

Оценка объективности и полноты имеющейся информации.

Сведения о насилии над ребенком в семье надо собирать максимально подробно и объективно. Не следует ограничиваться информацией только из одного источника. Во время сбора информации специалисту важно обращать внимание не только на то, что ему рассказывают, но и как рассказывают. Нередко особенности поведения собеседника, характер эмоциональных реакций на вопросы оказываются более информативными, чем сами ответы.

Сведения о насилии в семье могут быть получены из следующих источников:

- рассказ ребенка. Беседа с ребенком – обязательный этап сбора информации (ПИР);
 - беседа с родителями и членами семьи (ПИВ);
 - беседа с родственниками, соседями, свидетелями и пр.
- Однако объективными источниками информации являются:*
- медицинская документация и результаты медицинского освидетельствования ребенка;
 - результаты психологического тестирования самого ребенка и членов его семьи;

- педагогическая характеристика ребенка, беседа с работавшими с ним специалистами (врачи, воспитатели, учителя).

После сбора информации ее необходимо проанализировать для выявления пробелов и противоречий.

Обеспечение безопасности ребенка является важнейшей задачей специалиста.

Анализ, полученной информации, поможет выявить *критерии опасности оставления ребенка в семье*.

Наиболее значимые критерии:

- характер перенесенного насилия – чем тяжелее насилие, тем большей опасности будет подвергаться ребенок, если оставить его в семье;
- неоднократность насилия свидетельствует о высокой вероятности его повторения;
- возраст ребенка: чем младше ребенок, тем выше вероятность повторения насилия;
- готовность семьи к сотрудничеству: чем меньше родители осознают негативные последствия своего поведения, тем опаснее оставлять ребенка в семье;
- отсутствие в семье поддерживающего взрослого (правильно понимающего ситуацию, умеющего прийти ребенку на помощь) увеличивает риск насилия над ребенком;
- психическое состояние родителей: наличие психического заболевания, алкоголизм, наркомания делают ситуацию в семье непрогнозируемой и опасной для ребенка.

Если специалист в результате анализа приходит к заключению, что оставлять ребенка в семье опасно для его жизни и здоровья, то совместно с компетентными службами он должен принять меры по изъятию ребенка из семьи или изоляции родителя-насильника.

Если же случай был взят в работу, то дается оценка полученной информации и составляется план работы.

Планирование работы с семьей является заключительным этапом сбора и анализа информации. Специалист всегда должен хорошо понимать, что и зачем он делает, каковы будут его дальнейшие действия. В процессе работы специалист постоянно оценивает состояние семьи, происходящие в ней изменения, существующую угрозу безопасности ребенка. К безопасности следует относить наличие условий, необходимых для его нормального развития.

Все дети – жертвы насилия нуждаются в реабилитации и психокоррекции, т.к. в результате насилия у них возникает ряд проблем (эмоциональных, поведенческих, когнитивных и др.). Отношения между членами семьи, в которой дети страдают от жестокого обращения, глубоко нарушены, следовательно, нормализация функционирования семьи является важной задачей психокоррекционного процесса.

Поэтому при планировании работы с семьей необходимо учитывать следующие *задачи психокоррекционного процесса*:

- обеспечение безопасности ребенка;
- психотерапевтическая работа по преодолению последствий жестокого обращения;
- создание условий для оптимального развития ребенка;
- улучшение внутрисемейных отношений и повышения функциональной способности семьи;
- индивидуальная помощь родителям.

Структура первичного интервью с ребенком (ПИР) и взрослым (ПИВ) при работе со случаем насилия

Расследование случая насилия над ребенком включает в себя решение двух задач: собственно установление факта насилия и оценку ситуации, в которой находится ребенок.

Расследование предполагает безотлагательное медицинское и психологическое освидетельствование ребенка (медицинское или социальное учреждение). Факт насилия устанавливается при взаимодействии с ребенком (медицинский работник, психолог, социальный педагог) на основании прямых (физические травмы или повреждения) или косвенных (эмоциональные и поведенческие реакции) признаков. Обязательным компонентом расследования выступает опрос (первичное интервью) ребенка.

Первичное консультирование может включать в себя информирование, выслушивание, элементы внушения и убеждения, различные формы эмоциональной и психологической поддержки.

Беседа является основным элементом диагностики социальной, личностной сфер ребенка, индивидуальных особенностей и существующих у него проблем.

Беседа с ребенком требует особой подготовки. Уровень его доверия к взрослым может быть очень низким, эмоциональное состояние угнетенным, поэтому специалист должен тщательно подготовиться к беседе с ребенком и психологически правильно ее построить. Рекомендации, приведенные в таблице, помогут специалисту успешно справиться с этой задачей. Советы выстроены по принципу «соблюдение необходимого и избегание лишнего, ошибочного».

Первичное интервью с ребенком (ПИР)

Цель: определение проблемы ребенка и объема помощи

Задачи:

1. выяснить мнение ребенка о сущности проблемы (есть ли различия в понимании проблемы между ребенком и взрослым);

2. собрать информацию по проблеме;
3. выяснить, кому ребенок доверяет;
4. предварительная оценка психологического состояния ребенка;
5. оценка степени опасности / безопасности для ребенка;
6. решение проблемы с точки зрения ребенка;
7. анализ полученной информации и составление плана следующей встречи.

Структура ПИР (структура интервью, его полнота может меняться в зависимости от возраста ребенка, его готовности к сотрудничеству) (таб. 2).

Таблица 2

| № | Этапы интервью | Примечания |
|----|---|---|
| 1. | Представление друг другу <ul style="list-style-type: none">• попросить ребенка назвать свое имя, фамилию, возраст, день рождения• представить себя (И.О., рассказать о своей роли доступными для ребенка словами) | Нейтральные вопросы типа: сколько лет, с кем живет, как зовут родителей и т.д., что позволит ребенку расслабиться, освоиться в незнакомом месте |
| 2. | Постепенное вовлечение в обсуждение проблемы: <ul style="list-style-type: none">• попросить рассказать о семье, взаимоотношениях между членами семьи• выявить члена семьи или другое лицо, кому ребенок доверяет• как ребенок социализируется (детский сад, школа, наличие друзей, интересы и т.п.) | Отношения с ребенком строятся с учетом его возраста: маленькому ребенку предложить игрушки, либо что-то нарисовать. Для подростков – работа с геннограммой, «круги отношений» и др. |
| 3. | Информация о причине обращения: <ul style="list-style-type: none">• знает ли ребенок, куда он пришел и почему• попросить ребенка рассказать о случившемся или о том, что его беспокоит• задать уточняющие вопросы: как долго длилось травмирующее событие, кому ребенок рассказал, | Следует задавать открытые не навязывающие вопросы, нельзя начинать с вопросов типа: «Тебя папа бил?». Вопросы должны быть простыми и короткими. Для маленького ребенка воспроизвести травмирующее событие поможет игра, рисунок, куклы и пр. Следить за своей реакцией на |

| № | Этапы интервью | Примечания |
|----|--|---|
| 3. | какая была реакция взрослых на рассказ и т.д. | рассказ ребенка (исключить безразличность, ужас, недоверие). Тщательно зафиксировать рассказ ребенка, используя его слова и выражения. Уважать пожелание ребенка не передавать его рассказ родителям. |
| 4. | Оценить ситуацию и психоэмоциональное состояние ребенка для решения вопроса его безопасности | Отмечать реакции ребенка, наблюдая за его поведением, эмоциональными, вегетативными проявлениями. Возможно проведение терапевтических мероприятий, например, релаксации |
| 5. | Заключительная часть: • оказать ребенку поддержку, похвалить его за смелость, успокоить • рассказать ребенку, что вы будете делать с полученной информацией. | Можно закончить интервью, отведя ребенка к родителю, назначить следующую встречу и отметить позитивные моменты проведенного интервью |
| 6. | Предварительная оценка полученной информации и планирование дальнейшей работы | Самое главное – оценить внешнюю и внутреннюю безопасность для ребенка. Сравнить рассказ ребенка и взрослого. |

Очень важно на этом этапе работы оценить факторы, угрожающие безопасности ребенка!

Оценка безопасности включает:

- оценку неотложности реагирования (экстренно / не экстренно);
- оценку безопасности, которая определяет степень угрозы для жизни и здоровья ребенка и последовательность необходимых мер для его защиты;
- оценку риска вероятности возможного повторения насилия над ребенком в будущем;
- оценку ресурсов ребенка, его семьи, социального окружения.

При индивидуальном консультировании главной задачей является актуализация внутренних сил (ресурсов) личности ребенка и поиск внешних опор, способных помочь ему выйти из кризисного состояния.

Однако при проведении интервью (когда нет прямых доказательств насилия) у специалистов могут возникать сомнения в истинности того,

что говорит ребенок о действиях родителей. В таких случаях важно отслеживать поведение ребенка, например (таб. 3):

Таблица 3

Характер эмоционального реагирования ребенка на насилие

| Реакции ребенка подкрепляют его рассказ о насилии, если он | Рассказ ребенка о насилии вызывает сомнения, если он |
|--|---|
| испуган | старается подчеркнуть тяжесть своего положения, вызвать сочувствие к себе |
| тревожен | сгущает краски |
| боится встречаться с родителями | ведет себя так, что эмоциональные реакции не соответствуют рассказу |
| ожидает наказание за раскрытие факта насилия | не испытывает страха перед родителями при описании жутких наказаний |
| опасается, что после встречи с родителями его перестанут защищать, т.к. родители объяснят, за что его наказали | увлекается рассказом |
| ожидает негативного отношения к себе | получает удовольствие от внимания слушателей |

Параллельно работе с ребенком (ПИР ведет детский психолог) идет работа с родителями, законными представителями ребенка. Первичное интервью с взрослыми (ПИВ), как правило, проводит социальный педагог. Именно он собирает анамнез семьи.

Первичное интервью с взрослым (ПИВ) предполагает уточнение и сбор информации о насилии; дополнение данных анамнеза семьи с использованием генограммы; получение разрешения на работу с ребенком; составление плана работы и определение объема помощи ребенку и взрослому.

Интервью позволяет создать альтернативные варианты действий, переживаний, мыслей, чувств собеседника, изменить его отношение к произошедшему и происходящему; обеспечивает большую мобильность внутреннего мира.

Можно выделить *основные стадии интервью*:

- 1 стадия* – установление контакта, структурирование, достижение взаимопонимания;
- 2 стадия* – выделение и формулировка проблемы;
- 3 стадия* – выявление (определение) желаемого результата;

4 стадия – выработка альтернативных решений;

5 стадия – обобщение полученных данных (предыдущих этапов), переход к действию.

Структура первичного интервью с взрослым имеет свои особенности в отличие от первичного интервью с ребенком.

Первичное интервью с взрослым (ПИВ)

Цель: определение проблемы ребенка и объема помощи

Задачи:

1. Определение запроса;
2. Сбор информации по проблеме;
3. Оценка степени опасности (безопасности) для ребенка;
4. Предварительная диагностика;
5. Анализ полученной информации и составление плана следующей встречи/

Структура ПИВ (порядок следования этапов интервью может меняться) (таб. 4).

Таблица 4

| № | Этапы интервью* | Примечания |
|----------|---|--|
| 1. | Представление друг другу: • представление себя как специалиста и по И.О.; • просить клиента представить себя; • коротко рассказать о том, куда они пришли | Во время интервью стараться называть клиента по имени и отчеству. Рассказывая об учреждении, подчеркнуть следующие принципы: в центре интересов – ребенок; соблюдение конфиденциальности до тех пор, пока это не противоречит интересам ребенка. |
| 2. | Выяснение причины обращения: • как видит взрослый проблему; • в случае насилия – обстоятельства случившегося с ребенком; • какие попытки и меры принимались для решения проблемы, что было сделано | В случае насилия стараться собрать полную информацию: что произошло, кто, где, когда, каким образом, как часто. Обстоятельства раскрытия насилия, наличие свидетелей. |
| 3. | Сбор информации о семье: • состав и отношения в семье; • материальные условия; • отношение к ребенку других членов семьи; • кто поддерживает ребенка | Целесообразно использовать метод генограммы. Задавать уточняющие вопросы для анализа полноты собранной информации. Возможно использование опросников, тестов для предварительной диагностики. |

| № | Этапы интервью* | Примечания |
|----|---|--|
| 4. | <p>Характеристика ребенка взрослым:</p> <ul style="list-style-type: none">• здоровье ребенка;• его особенности (поведенческие, личностные);• социальная адаптация (успехи в школе, ДОО, отношения со сверстниками, ближайшими родственниками);• куда ранее обращались, какую помощь получали и ее эффективность | <p>Течение беременности, родов, раннее развитие, заболевания в раннем возрасте и настоящее время. Для уточнения предложить принести медицинскую карту ребенка.</p> <p>При таких проблемах, как девиантное поведение, дезадаптация и др. целесообразно попросить характеристику из школы.</p> |
| 5. | <p>Предварительная оценка полученной информации:</p> <ul style="list-style-type: none">• позиции и возможности родителей;• чьи проблемы решает взрослый;• его отношение к безопасности ребенка;• степень активности;• заинтересованность в дальнейшей работе;• готовность взять ответственность. | |
| 6. | <p>Заключение:</p> <ul style="list-style-type: none">• формулирование запроса и согласование его с взрослым;• предварительное решение об объеме помощи ребенку;• представление взрослому предварительного плана работы с ребенком и семьей;• сбор подписи на разрешение работы;• запись на следующую встречу. | <p>В заключительной части следует собрать формальную информацию для социальной карты: адрес, телефон, место работы, ФИО других значимых взрослых и др.</p> <p>Сбор такой информации позволит клиенту расслабиться.</p> |

При проведении беседы характер поведения родителей может свидетельствовать об их причастности к факту насилия над ребенком, поэтому специалисту очень важно наблюдать и фиксировать эти особенности.

Поведение родителей при раскрытии ситуации насилия

1. объяснения родителей не соответствуют полученным травмам;
2. негативный настрой родителей в отношении ребенка (обвинения в его адрес);
3. преувеличена негативная оценка поведения ребенка;
4. отсутствие попытки оказать ребенку своевременную медицинскую помощь;
5. не проявляют сочувствия к ребенку и озабоченности последствиями травмы;
6. не проявляют понимания ребенка, внимание к его потребностям, переживаниям и трудностям.

Специалистам для дальнейшей работы очень важно сравнить данные ПИВ и ПИР, чтобы выявить разногласия между взрослым и ребенком, установить истинную причину обращения.

Очень продуктивно использование метода генограммы при проведении первичного интервью и сборе анамнеза семьи. Метод генограммы доказал свою важность и практическое значение в работе мультидисциплинарной команды. Генограмма – схематическое изображение структуры семьи и взаимосвязи ее членов, а также связи поколений.

Используется на этапе проведения первичного интервью с родителями и ребенком. Помогает прояснить: состав семьи, отношения между ее членами, выявить идентифицированного клиента, уточнить порядок проживания членов семьи, а также взаимоотношения между ними и пр.

Выявление причин обращения и определение запроса. Рабочая документация специалиста

Одним из очень тонких, несомненно важных, а иногда вызывающих затруднения у специалистов, является вопрос разграничения *причины обращения от практического запроса*.

Причина обращения – это то, что послужило поводом для обращения к специалисту.

Практический запрос – это то, какую помощь хотят получить (ждут) от специалиста клиенты.

Например,

1. *Причина обращения*: сексуальное насилие над ребенком со стороны отца.

Практический запрос:

- оказать психологическую помощь (помочь ребенку пережить травму);
- стабилизировать его эмоциональное состояние;
- снизить травматические признаки;
- помочь справиться с негативными переживаниями, связанными с фактом насилия.

2. *Причина обращения:* ребенок стал плохо учиться, прогуливать школьные занятия.

Практический запрос:

- помочь разобраться, с чем связано снижение успеваемости;
- прогулы занятий (установить причину);
- помочь ребенку справиться с возникшими трудностями.

3. *Причина обращения:* жалобы учителей на плохое поведение ребенка в школе.

Практический запрос:

- установить причину нарушений поведения ребенка;
- помочь отрегулировать поведение ребенка в соответствии с предъявляемыми требованиями (с учетом его возрастных особенностей).

Как видно из выше приведенных примеров, специалисту очень важно четко формулировать психологические проблемы ребенка и его семьи. На основе этого он будет выдвигать рабочие гипотезы о причинах заявленной проблемы.

Еще одной трудностью при проведении первичного интервью и сборе анамнеза семьи является вопрос *формулировки запроса клиентом*, определения его истинности и необходимости переформулировки (уточнения) специалистом для оказания практической помощи.

Формулировка запроса клиентом зависит от его образовательного уровня; знаний проблем своего ребенка и его особенностей; отношения к случившемуся; учета интересов ребенка и их приоритета и пр.

Профессионализм и опыт специалиста должны ему помочь, в ходе проводимого первичного интервью, определить *истинность запроса*. Важно вовремя понять, чьи проблемы решает взрослый – свои или ребенка.

В некоторых случаях практический запрос клиента требует переформулировки и уточнения. Тогда самому клиенту необходимо разъяснить то, над чем будет работать специалист, и в чем будет заключаться его помощь ребенку и семье.

Рабочая документация и договор на работу со случаем жестокого обращения и насилия над ребенком

Перечень рабочей документации, необходимой для работы со случаями жестокого обращения и насилия над детьми, утверждается Методическим советом, исходя из требований Устава учреждения, оказывающего помощь ребенку – жертве насилия, и его семье.

Некоторые адаптированные и проверенные практикой формы рабочей документации, могут быть использованы специалистами в своей профессиональной деятельности.

Основным рабочим документом является *Информационная карта* ребенка, в которую входят 4 файла: социальный, психологический,

правовой и медицинский. Каждый файл заполняется специалистом определенного профиля, включенного в работу со случаем жестокого обращения или насилия над ребенком.

Социальная часть карты заполняется социальным педагогом. Она представлена титульным листом с указанием: Ф.И.О. ребенка, даты начала и окончания работы, регистрационного номера и номера сообщения, взятых из Журнала обращений.

Принцип конфиденциальности обеспечивается инструкцией и предупреждением, что данный документ предназначен только для служебного пользования и не подлежит выносу из учреждения, оказывающего помощь ребенку и его семье.

Здесь же представлена форма договора (разрешения) на работу с ребенком, за подписью законных представителей (родителей, опекунов) с указанием даты подписания и обязательством выполнять рекомендации специалистов и правила внутреннего распорядка.

Для ребенка с 14 лет, имеющего право самостоятельно обращаться и давать разрешение на получение помощи, составлена другая форма договора.

Обязательно указываются Ф.И.О. и должность специалистов, включенных в работу.

Анамнез семьи включает: основные сведения о ребенке, семье (матери, отце, других значимых взрослых). Ведется оценка стресс-факторов в семье. Составляется план работы и описывается последующая работа с семьей, с указанием Ф.И.О. ответственных специалистов. Указывается дата обсуждения случая на общей встрече (конференции) специалистов.

Дневник социального педагога содержит данные первичного интервью с родителями ребенка, генограмму семьи, причины обращения и запрос в формулировке клиента.

Психологический файл (заполняется педагогом-психологом, клиническим психологом) содержит:

- Лист первичной психологической консультации (заполняется на первичной сессии. Специалист оценивает актуальное состояние ребенка (поведение, эмоции, речь и др. состояния). Формулируется контракт на терапию и другой вид помощи);
- Лист диагностического обследования (заполняется психологом. Специалистом ставится цель диагностического обследования, указывается название используемых методик и их цель, делаются выводы по диагностике);
- Лист психологической консультации (в лист психологической консультации записывается сформулированная клиентом актуальная проблема. Ставятся задачи сессии. Указывается, в рамках какого подхода проведена консультация. Отмечается состояние клиента в начале и в конце сессии);

- Лист психокоррекционной/психотерапевтической работы (в листе психотерапевтической/коррекционной работы указывается актуальная проблема, формулируются гипотезы специалиста, перечисляются применяемые психокоррекционные методики, оценивается состояние ребенка в начале и в конце сессии);
- Завершение психотерапевтической/коррекционной работы (проводится оценка эффективности работы: а) достигнутые результаты, степень разрешения проблем; б) соответствие результатов поставленным первоначально задачам. Дается характеристика состояния клиента на этапе завершения по сравнению с началом работы).

Схема наблюдения за поведением ребенка (до 9 лет), пострадавшего от насилия (таб. 5)

Подчеркнуть наблюдаемые нарушения поведения, добавить не указанные в перечне.

Таблица 5

| Характер нарушения поведения | Конкретное проявление данного нарушения поведения |
|-------------------------------------|--|
| Агрессивность | Ломает игрушки; толкает сверстников, щипается, кусается, плюется, ругается. |
| Негативизм | Делает все наоборот; отказывается даже от интересной игры; часто говорит «не хочу», «не буду» и т.п. |
| Демонстративность | Поворачивается спиной к собеседнику, утрирует движения, стремится обратить на себя внимание, делая что-то наоборот, наблюдает за реакцией окружающих и т.п. |
| Эмоциональная отгороженность | С трудом включается в игру; избегает визуального контакта, стремится к уединению, занят своим делом и не замечает окружающих; часто не использует речь как средство общения. |
| Псевдоглухота | Не выполняет просьбы, хотя слышит и понимает содержание требований. |
| Вспыльчивость | Демонстрирует внезапные и бурные эмоциональные реакции – даже по незначительному поводу. |
| Обидчивость | Болезненно реагирует на замечания, обижается на проигрыш в игре; огорчается по самым мелким поводам. |
| Конфликтность | Сам провоцирует конфликт; не уступает, не учитывает желаний сверстников в совместной деятельности и т.п. |

| Характер нарушения поведения | Конкретное проявление данного нарушения поведения |
|---|---|
| Нерешительность | Отказывается от ведущих ролей в играх; избегает бесед; не отвечает, хотя знает ответ. |
| Дурашливость | Реагирует смехом на замечания взрослого; передразнивает его. |
| Страхи | Выраженные страхи (новых ситуаций, новых людей, резких звуков, собак, страх одиночества, страх темноты). |
| Тревога | Блуждающий, отстраненный взгляд; ребенок не может объяснить причины своего избегающего поведения, неожиданно вздрагивает, проявляет немотивированную боязливость, осторожность и пр. |
| Скованность | Двигательно скован, неловок – особенно в новой ситуации, напряжен. |
| Заторможенность | Не знает, чем заняться; бездеятелен; говорит слишком тихо; темп движений замедлен; при выполнении действий по сигналу запаздывает и пр. |
| Эгоцентричность | Считает, что все игрушки, вещи для него; стремится навязать свое мнение. |
| Избегание умственных усилий | Не интересуется рассуждениями; быстро устает от доступных по возрасту умственных заданий (на сравнение, обобщение, действия по образцу). |
| Нарушения внимания | Отвлекается; переспрашивает условия выполнения задания и т.п. |
| Двигательная расторможенность (гиперактивность) | Поспешно планирует собственные действия; темп действий ускорен; количество действий избыточно (много лишних действий и пр.); быстро возбуждается и медленно успокаивается; начинает действовать раньше установленного сигнала и пр. |
| Речевая расторможенность | Говорит слишком быстро, громко, переговаривается на занятии, на замечания не реагирует. |
| Непонимание сложных многоходовых инструкций | Путает последовательность действий по инструкции взрослого. |
| Непонимание простых словесных инструкций | Ориентируется на наглядный образец, а не на объяснения. |

| Характер нарушения поведения | Конкретное проявление данного нарушения поведения |
|--|--|
| Застреваемость | Навязчив, с трудом переключается, многократно повторяет одно и то же действие. |
| Сниженная работоспособность (умственная) | Утомляем в интеллектуальной деятельности, требующей активности и времени. |
| Сниженная работоспособность (физическая) | Устает от физических действий. |

Рисунки, записи, сделанные ребенком и пр.

Медицинский файл (заполняется медработниками, дефектологом, логопедом) включает результаты медицинских осмотров, анализов, снимки и пр., а также рекомендации специалистов, данные реабилитационной работы с ребенком.

Правовой файл (заполняется юристом, адвокатом) содержит юридические документы (консультации законных представителей ребенка, заявления, постановления, запросы из суда, прокуратуры и пр.)

Ведение отчетной документации по работе со случаем жестокого обращения и насилия над ребенком требует аккуратности, точности, четкости и своевременности заполнения. Хранение обеспечивается в специально оборудованном, закрытом помещении, по длительности, предусмотренной нормами хранения документации подобного рода.

Она подлежит регулярному контролю со стороны администрации учреждения и может быть изъята по постановлению суда и прокуратуры для защиты законных прав и интересов несовершеннолетнего.

РАЗДЕЛ 11. ДЕТИ-СИРОТЫ И НАСИЛИЕ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ПРИЕМНЫХ СЕМЬЯХ. МЕРОПРИЯТИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ И ИНОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К РЕБЕНКУ⁹

Социальное сиротство и жестокое обращение с детьми

В средствах массовой информации постоянно публикуются материалы о случаях жестокого обращения с детьми в замещающих семьях и организациях для детей-сирот, но в российской научной литературе эта проблема не выделяется как самостоятельная. Примером тому являются четыре наиболее обстоятельные монографии, посвященные жестокому обращению с детьми^{<4>, <6>, <32>, <184>}. В указанных работах утрата родительского попечения и неизбежно связанное с ним помещение в организацию для детей-сирот или замещающую семью рассматриваются как фактор риска насилия в отношении ребенка. Таким же фактором риска признаются и психические расстройства, широко распространенные среди детей, оставшихся без попечения родителей.

В нормативных правовых актах^{<125>, <135>} не предусмотрены специальные механизмы выявления и оказания помощи воспитанникам организаций для детей-сирот, что игнорирует существующую в этих организациях очевидную зависимость несовершеннолетних от администрации, являющейся их законным представителем.

С недостатком внимания к жестокому обращению в отношении детей-сирот трудно согласиться. Начиная с середины прошлого века, институциональное воспитание ребенка рассматривалось как форма, не отвечающая требованиям создания оптимальных условий для развития личности ребенка и его успешной социализации. Специфика институционального воспитания будет рассмотрена ниже. Здесь необходимо остановиться на обстоятельствах, приводящих к утрате попечения родителей.

Как видно из таблиц 6 и 7 основной причиной утраты попечения родителей является лишение обоих родителей или единственного родителя родительских прав. Судебная практика свидетельствует о том, что решению суда о лишении родительских прав, как правило, предшествует длительный период семейного неблагополучия (злоупотребления родителей алкоголем или наркотиками, ведения асоциального образа жизни, уклонения от исполнения своих обязанностей, игнорирования интересов детей, использования телесных наказаний).

⁹ Соавтор: *Цымбал Евгений Иосифович*, кандидат медицинских наук.

Таблица 6

**Причины утраты детьми попечения
родителей в 2017 году (форма 103рик)**

| Причина | Доля детей* |
|--|-------------|
| Лишение обоих родителей или единственного родителя родительских прав | 45,7 % |
| Смерть обоих родителей или единственного родителя | 23,9 % |
| Ограничение обоих родителей или единственного родителя в родительских правах | 17,0 % |
| Отмена опеки и попечительства | 10,9 % |
| Лишение свободы обоих родителей или единственного родителя | 9,9 % |
| Оставление ребенка матерью после рождения | 6,0 % |

*данные в таблице основаны на нескольких разделах формы 103рик, поэтому сумма всех строк несколько превышает 100 %

Таблица 7

**Причины утраты детьми попечения
родителей в 2018 и 2020 г. (форма 103рик)***

| Причина утраты детьми попечения родителей или лиц, их заменяющих | 2018 г. | | 2020 г. | |
|---|---------|--------|---------|--------|
| | число | доля | число | доля |
| Лишение родительских прав обоих родителей или единственного родителя | 22072 | 53,2 % | 18622 | 52,0 % |
| Ограничение в родительских правах обоих родителей или единственного родителя | 8213 | 19,8 % | 7728 | 21,6 % |
| Отобрание у родителей при непосредственной угрозе жизни и здоровью ребенка (без возвращенных родителям после проведения социально-реабилитационных мероприятий) | 1756 | 4,2 | 1659 | 4,6 % |
| Оставление ребенка матерью при рождении | 2889 | 7,0 % | 1957 | 5,5 % |
| Оставление ребенка родителями в медицинских, социозащитных и иных организациях после завершения срока пребывания в них | 1255 | 3,0 % | 1075 | 3,0 % |

| Причина утраты детьми попечения родителей или лиц, их заменяющих | 2018 г. | | 2020 г. | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | число | доля | число | доля |
| Отмена решения о передаче ребенка на воспитание в семью | 5268 | 12,7 % | 4779 | 13,3 % |
| ИТОГО | 41471 | 100 % | 35820 | 100 % |

**рубрики в таблицах 6 и 7 не совпадают, что связано с изменением в 2018 году содержания формы государственного статистического наблюдения 103рик*

Второй по частоте причиной утраты родительского попечения является ограничения родительских прав. Ограничение в родительских правах используется судами как профилактическая мера (оставление ребенка в семье является опасным для ребенка, но отсутствуют достаточные основания для лишения родителей (одного из них) родительских прав) и как защитная мера (оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим). Как правило, в качестве обстоятельства, не зависящего от родителей, выступает тяжелое хроническое психическое расстройство. Таким образом, ограничение в родительских правах происходит при глубокоом нарушении функционирования семьи, которое делает опасным проживание ребенка в семье.

Менее распространенными причинами утраты родительского попечения являются смерть обоих или единственного родителя, лишение свободы обоих или единственного родителя, оставление матерью новорожденного сразу после рождения или отказ родителей забрать ребенка из организации после завершения срока пребывания в ней. В подавляющем большинстве случаев эти причины порождены асоциальным образом жизни. Например, смерть родителей связана с передозировкой наркотиков, циррозом печени, убийством или тяжелой травмой, полученной в состоянии опьянения. Основной причиной лишения свободы родителей является осуждение за участие в незаконном обороте наркотиков. Отказ от ребенка обусловлен отсутствием привязанности к ребенку и глубоким нарушением социальных связей родителей.

Сказанное выше дает основание утверждать, что каждый ребенок, лишившийся попечения родителей, был подвержен воздействию комплекса неблагоприятных факторов. Во-первых, это сепарация от родителей, привычной обстановки, часто внезапная и драматическая (при гибели родителей или их аресте). Во-вторых, это длительное проживание в неблагоприятной семейной среде. Указанные факторы оказывают негативное влияние на психологическое состояние ребенка, его поведение, нарушают развитие, что требует создания особых условий для его дальнейшего воспитания, будь то в организации для детей-сирот

или в замещающей семье. Несоблюдение этих требований существенно повышает риск возникновения у ребенка нарушений поведения и, как следствие, жестокое обращение с ним.

Повышенная виктимность детей-сирот к жестокому обращению с ними и в семье, и в организациях является первой особенностью этой категории детей, отличающая их от сверстников, воспитываемых в семье. Второй особенностью жестокого обращения с детьми, оставшимися без попечения родителей, являются менее благоприятные условия для их развития и социализации, которые существуют в организациях для детей-сирот и замещающих семьях, о чем речь пойдет ниже.

Жестокое обращение с воспитанниками организаций для детей-сирот и детей, утративших попечение родителей

Выделение при рассмотрении проблемы жестокого обращения с детьми в отдельную группу воспитанников организаций для детей-сирот связано с тем, что при институциональном воспитании потребности детей-сирот удовлетворяются хуже, чем при воспитании в замещающей семье. Если в XVIII и XIX веке это проявлялось в более высокой смертности воспитанников организаций по сравнению с подопечными из замещающих семей, то в XX и XXI веке – отставанием в психическом развитии и худшей социальной адаптацией после достижения совершеннолетия.

Соотношение понятий «депривация» и «жестокое обращение»

Начало современного подхода к изучению влияния разлуки детей раннего возраста с матерью и последующего их институционального воспитания было положено опубликованной в 1946 году работой Дж. Боулби, в которой он сравнил 44 несовершеннолетних правонарушителя с подростками того же возраста без девиантного поведения. Было показано, что среди несовершеннолетних правонарушителей значительно выше доля подростков, в раннем возрасте разлученных с семьей и помещенных на воспитание в организации. Позднее Боулби были опубликованы три работы: «Природа привязанности ребенка к матери» (1958), «Тревога разлуки» (1959) и «Горе и скорбь в младенчестве и раннем детстве» (1960), раскрывающие разработанную им теорию привязанности, объясняющую социальное развитие ребенка в раннем возрасте. Согласно этой теории формирование у ребенка в раннем возрасте эмоциональной привязанности к взрослому, постоянно осуществляющему за ним уход, является необходимым условием последующего успешного развития и социализации ребенка. В условиях институционального воспитания ребенка раннего возраста у него такой связи со взрослым не формируется.

Дальнейшее изучение психического развития воспитанников организаций для детей-сирот показало, что помимо отсутствия эмоционально близких отношений со взрослыми для институционального воспитания характерны ограничения сенсорной стимуляции и социальных контактов. В 1963 году чехословацкими исследователями Зденеком Матейчком и Йозефом Лангмейером была опубликована монография «Психическая депривация в детском возрасте», основанная на изучении воспитанников детских домов.

З. Матейчком и Й. Лангмейером⁹⁷ было сформулировано понятие «психическая депривация», под которым понималось психическое состояние, возникшее в результате продолжительного проживания ребенка в условиях, не позволявших ему удовлетворять свои основные психические потребности. Авторы отмечали, что последствия психической депривации определяются не только характером депривационного воздействия, но и индивидуальными особенностями ребенка.

После работ Дж. Боулби, З. Матейчека и Й. Лангмейера негативные последствия институционального воспитания детей-сирот стали рассматриваться как следствие психической депривации или ранней депривации.

Примерно в то же время, что и основные работы Дж. Боулби, появилась публикация Kempe С.Н. et al²⁶⁸, положившая начало научному изучению жестокого обращения с детьми. В этой работе описывались тяжелые физические повреждения (переломы, субдуральные гематомы и множественные травмы мягких тканей), возникшие у детей исключительно в семьях, которые были причинены их родителями или иными значимыми взрослыми.

Исторически изучение жестокого обращения с ребенком началось с физического насилия. Безусловно, физическое насилие отмечалось и в отношении воспитанников организаций для детей-сирот, но закрытость указанных организаций от внешнего контроля, наличие собственной медицинской службы привело к тому, что случаи физического насилия в отношении воспитанников организаций для детей-сирот выявлялись реже, чем в семьях.

Отмеченные обстоятельства привели к тому, что негативные последствия для ребенка институционального воспитания стали обозначать как «психическая депривация», а ненадлежащее исполнение законными представителями несовершеннолетнего (родителями и опекунами) своих обязанностей по его воспитанию – как «жестокое обращение с ребенком». С нашей точки зрения, психическая депривация является частным случаем жестокого обращения с ребенком в форме пренебрежения его основными потребностями. Правомерность такого подхода следует из определения жестокого обращения с ребенком, данного D. Gil²⁵² в 1970 году как действий, препятствующих достижению ребенком его физического и психологического потенциала. Все формы жестокого обращения

с ребенком влияют на его психическое состояние и, в конечном итоге, негативно сказываются на развитии. Психическая депривация также нарушает психическое развитие воспитанника.

От психической депривации следует отличать сепарацию. В раннем возрасте у ребенка формируется устойчивая связь не только с матерью, но и другими постоянно взаимодействующими с ним членами семьи. Ребенок привыкает к обстановке, окружающей по месту жительства. Под сепарацией понимают комплекс негативных реакций ребенка на разрыв отношений с матерью, членами семьи и привычной для него обстановкой, возникающий при передаче ребенка под надзор организации для детей-сирот. При продолжительном пребывании в организации к сепарационным нарушениям присоединяются депривационные. Сепарация может возникнуть только при условии наличия у ребенка социальных связей со средой, откуда он внезапно перемещается в новую среду.

Негативные последствия институционального воспитания

Привязанность ребенка к значимому взрослому формируется с первых месяцев жизни и представляет собой стремление к взаимодействию с тем взрослым, который реагирует на сигналы ребенка, осуществляет за ним уход и удовлетворяет его потребности. Особо возрастает потребность ребенка в контакте со значимым взрослым в ситуациях стресса или тревоги. Привязанность, первоначально возникшая как биологическая зависимость ребенка от матери, очень быстро трансформируется в психологическую зависимость.

Родители ребенка первого года жизни в большинстве случаев специально не учат его ходить или говорить. Эти важнейшие навыки формируются по мере созревания его нервной системы. Родители, постоянно взаимодействуя с грудным ребенком, являются для него объектом для подражания вследствие его привязанности к ним. Процесс овладения ходьбой и речью ускоряется благодаря эмоциональному подкреплению родителями достижений ребенка. Эффективность научения грудного ребенка ходьбе и речи в рамках целенаправленных занятий с ним воспитателя, как это происходит при развивающих занятиях в образовательной организации, будет значительно ниже.

С учетом сказанного выше очевидно, что специалисты организаций для детей-сирот раннего возраста, отвечающие за уход за детьми и их воспитание, не могут заменить ребенку мать и семью. Специалисты, вследствие ограниченной продолжительности рабочего дня не могут контактировать с ребенком постоянно, а из-за отсутствия привязанности к ребенку их контакт с ребенком лишается необходимой эмоциональной насыщенности и дифференцированности. Специалист не может принимать значимые для ребенка решения, поскольку обязанности законного представителя возлагаются на руководителя организации.

Если родитель несет ответственность за судьбу ребенка, то специалист отвечает только за исполнение своих должностных обязанностей. Взаимоотношения специалиста с ребенком носят временный, а не постоянный характер, как отношения родителей с ребенком. Таким образом, институциональное воспитание не позволяет в полной мере удовлетворить психологические потребности ребенка, что ведет к психической депривации.

З. Матейчек и Й. Лангмейер^{<97>} описали несколько вариантов нарушений поведения у воспитанников дошкольного и младшего школьного возраста из организаций для детей-сирот.

Социально гиперактивные дети легко вступают в контакт с ранее не знакомыми им взрослыми, но этот контакт является поверхностным и не приводит к возникновению устойчивой привязанности. При этом они доброжелательны, неконфликтны, однако их отличает облегченность суждений, безответственность и склонность праздному времяпрепровождению. Из-за неспособности к волевым усилиям они плохо учатся, при этом в характеристиках из школы педагоги отмечают неплохие способности, реализовать которые не позволяет низкая учебная мотивация. Такое поведение в отечественной литературе называют «сиротским».

Социально провокативное поведение характеризуется стремлением ребенка любой ценой привлечь внимание взрослых, монополизировать их внимание. Эти дети ревнуют воспитателя к другим воспитанникам, стремятся необоснованно получать преференции в общении со взрослыми. Этим целям они добиваются, устанавливая и навязывая окружающим собственные правила, что приводит к постоянному возникновению конфликтов с другими детьми. Вне детского коллектива при непосредственном общении со взрослыми их конфликтность исчезает. В школьном возрасте агрессивность воспитанников с социально провокативным поведением возрастает, что приводит к глубокой школьной **дезадаптации**. В основе агрессии этих детей лежат высокая личностная тревожность и неуверенность в себе.

Подавленный тип поведения характеризуется преобладанием проявлений задержки в психическом развитии на фоне апатии и пассивности при взаимодействии с детьми взрослыми. Эти дети в раннем возрасте с трудом вовлекаются в совместную игру со специалистами организации, под надзором которой они находятся, не пытаются привлечь к себе внимание взрослых. В игровой деятельности наибольшую сложность для них представляет не использование стимульного материала, а взаимодействие с другими участниками игры. Соответственно, в период обучения в школе они плохо усваивают материал, испытывают сложности в общении со сверстниками, у которых они не пользуются авторитетом.

Хорошо приспособленные дети, на долю которых приходится от 20 % до 25 % воспитанников, хорошо адаптированы к пребыванию

в организации. Они легко устанавливают и сохраняют контакты со специалистами организации, пользуются их поддержкой и расположением, не пытаются навязчиво привлекать к себе внимание. С незнакомыми взрослыми они держатся спокойно и доброжелательно, адекватно реагируют на их эмоции. Однако и для этих детей характерны потребительское отношение к взрослым, рентные установки, эгоцентризм и слабость волевой регуляции.

Меры по повышению эффективности институционального воспитания детей-сирот

Осознание негативных последствий длительного институционального воспитания детей при невозможности полного отказа от организаций для детей-сирот привело к многочисленным попыткам реформировать эти организации. Новыми требованиями к деятельности организаций для детей-сирот были:

- создание условий жизни, максимально приближенных к семейным (квартирное проживание, приготовление и прием пищи происходят в квартире, а не в специальных помещениях);
- сокращение числа воспитанников в семейной группе до 6–8 человек (в зависимости от возраста) и запрет на перевод воспитанников из одной семейной группы в другую без уважительных причин;
- закрепление за семейной группой небольшого числа постоянных воспитателей (не более трех человек);
- формирование разновозрастных, разнополых семейных групп с включением воспитанников с психическими расстройствами и инвалидностью; недопустимость помещения сиблингов в разные группы;
- расширение социальных контактов воспитанников (получение образовательных услуг вне организации для детей-сирот, включая дополнительное; использование форм надомного обучения для «особых» детей; активное привлечение к деятельности организации волонтеров).

Первыми организациями, созданными по близким принципам, стали детские деревни SOS. В 1950 году эти же принципы были реализованы в деятельности детского дома Waisenhaus в Мюнхене (за группой закреплялись «мама» и «тетя»), а в 1967 году – в детском доме Кашперске Горы в ЧССР (за группой закреплялись две «тети»). В Российской Федерации перестройка деятельности институциональных организаций связана с постановлением Правительства РФ от 24 мая 2014 г. № 481, которое утвердило новое Положение о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей (далее – Положение).

Реализация нового Положения способствовала созданию более благоприятных условий для развития и социализации воспитанников

организаций для детей-сирот. Однако при этом сохраняются коренные недостатки, присущие любым организациям для детей-сирот. Такими недостатками являются отсутствие эмоционально близких отношений между воспитателем и воспитанниками, сохранение функций законного представителя воспитанника и права принимать решения, затрагивающие его интересы, за администрацией организации, а не за лицом, непосредственно осуществляющим воспитание. Педагоги, закрепленные за семейной группой, остаются наемными работниками, а не значимыми взрослыми.

При всех положительных изменениях, связанных с реализацией Положения, сохраняется риск насилия над детьми в семейной группе, что связано со следующими обстоятельствами:

- увеличением психологической нагрузки на воспитателя из-за длительного общения с ограниченным кругом лиц;
- фактическое увеличение рабочего времени воспитателя, даже во время отдыха, когда воспитатель формально свободен от исполнения своих обязанностей, он находится в группе и не может полностью изолироваться от контакта с воспитанниками;
- усложнение задач воспитания, обучения и социализации воспитанников вследствие высокой гетерогенности группы, которая включает детей разного возраста, с психической патологией и здоровых, с нормативным уровнем психического развития и умственно отсталых;
- гетерогенность группы существенно повышает риск агрессии, в том числе и сексуальной, старших интеллектуально сохранных воспитанников в отношении младших или умственно отсталых воспитанников.

Содействие социализации воспитанников предполагает возможность их свободного выхода за пределы организации. При совместном проживании в одной группе разновозрастных сиблингов младшие дети начинают сопровождать во время выходов из организации старших брата или сестру. В результате младшие подростки попадают в ситуации высокого риска (дискотеки, молодежные тусовки, «плохие компании» и т.п.), которых бы они избежали в случае общения только со сверстниками.

Постоянный тесный контакт подростков разного пола повышает риск раннего начала половой жизни. Особенно высок этот риск при наличии у воспитанников легкой умственной отсталости, вследствие которой важным источником положительных переживаний для них становится удовлетворение биологических потребностей. Так, в 2019 году в одном из детских домов Челябинска оказались беременными сразу три воспитанницы 16–17 лет.

Пункт 55 Положения, который требует от администрации организаций для детей-сирот обеспечить обучение работников организации

современным технологиям работы по профилактике жестокого обращения с детьми, вряд ли позволит существенно снизить риски из-за отсутствия тех самых «современных технологий», ориентированных на новые условия деятельности организаций для детей-сирот.

Иные формы жестокого обращения с детьми в организациях для детей-сирот

Организации для детей-сирот являются пусть и специфической, но частью современного российского общества, в этих организациях также отмечаются случаи физического, психологического и сексуального насилия. Объективные данные о распространенности этих негативных явлений отсутствуют. Это связано с тем, что статистика МВД России о правонарушителях основывается на сведениях, содержащихся в карточке на раскрытое преступление. Дети-сироты и работники организаций для детей-сирот, как особые категории потерпевших и правонарушителей, в указанной карточке не выделяются. Поэтому сведения о распространенности преступных посягательств работников организаций для детей-сирот в отношении воспитанников основываются на выборочном изучении уголовных дел, что негативно сказывается на их достоверности. Тот же недостаток присущ и судебной статистике.

В случаях редко встречающихся преступлений, а преступления в отношении воспитанников институциональных организаций немногочисленные вследствие незначительности (около 47,5 тыс.) этой категории детей, на число преступлений, попавших в статистические отчеты, значительное влияние оказывает полнота их регистрации.

В марте 2021 года СМИ¹⁰ сообщали, что по данным МВД России, в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, сотрудники организаций для детей-сирот совершили почти в 2,5 раза больше преступлений в отношении воспитанников. Количество же преступлений против половой неприкосновенности детей, совершенных работниками сиротских учреждений, увеличилось в 13 раз. Столь существенный всплеск преступности работников организаций для детей-сирот скорее отражает изменения регистрации, а не реальный рост агрессии против воспитанников.

Физическое насилие в отношении воспитанников организаций для детей-сирот, как правило, носит инструментальный характер и представляет собой неэффективную реакцию на недопустимое, по мнению взрослого, поведение воспитанника. Факторами риска физического насилия у работников организаций для детей-сирот являются импульсивность, низкая педагогическая компетентность, сниженный порог фрустрационной толерантности. Факторами риска пострадать от физического насилия для самих воспитанников являются импульсивность

¹⁰ iz.ru/1132180/sergei-gurianov/detskie-travmy-kak-spasti-sirot-ot-nasilija.

и гиперактивность, умственная отсталость и другие психические расстройства, сопровождающиеся негативизмом и протестными реакциями. Оборудование организаций для детей-сирот видеокамерами является эффективным средством профилактики в них физического насилия в отношении воспитанников, но не может искоренить его полностью.

Наиболее частым доказательством физического насилия рассматриваются синяки и гематомы. Необходимо учитывать, что ряд противосудорожных препаратов, назначаемых в случае эпилепсии, нарушает свертываемость крови. Это может приводить к возникновению кровоподтеков при незначительном давлении на кожу. Если у воспитанника не развита или плохо развита речь (тяжелая и выраженная умственная отсталость), то такие осложнения терапии антиконвульсантами могут ошибочно приниматься за признаки физического насилия.

Эффективным средством защиты воспитанников организаций для детей-сирот мог бы стать контроль со стороны специалистов органов опеки и попечительства. Указанные специалисты должны дважды в году проводить проверку условий жизни воспитанников, давать оценку их психологического развития и благополучия. Это необходимо для разработки и утверждения для каждого воспитанника на полугодие индивидуального плана развития и жизнеустройства. Специалисты опеки с указанной задачей не всегда справляются. Во-первых, это связано с отсутствием у них специальных знаний, которые бы позволили ему объективно определить динамику состояния ребенка-инвалида, оценить полноту и эффективность получаемой им реабилитации. Во-вторых, наличие на территории органа опеки и попечительства организации для детей сирот во многих регионах не учитывается штатным расписанием, хотя существенно повышает нагрузку на специалистов. Таким образом, специалистам опеки просто не хватает времени для внимательной проверки соблюдения прав воспитанников организаций для детей-сирот, и они просто «делегируют» свои функции контролируемым (работникам организации), которые составляют за них акты проверки условий жизни подопечных, что является нарушением законодательства.

Особую категорию воспитанников детских домов-интернатов составляют дети-инвалиды, помещенные туда по заявлению родителей на основании ст. 155.1 СК РФ. При тяжелой инвалидности ребенка родители зачастую не могут осуществлять постоянный уход за ним или обеспечивать необходимую реабилитацию, что влечет временное помещение ребенка-инвалида в государственную организацию (таб. 8)^{<52>}. При этом родители остаются законными представителями ребенка и не освобождаются от исполнения своих обязанностей.

Таблица 8

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--------|--------|--------|
| Численность детей, временно пребывающих в организации для детей-сирот в целях получения ими медицинских, социальных, образовательных или иных услуг (чел.) | 17 339 | 11 644 | 10 847 |

Между законным представителем ребенка, организацией и органом опеки и попечительства заключается соглашение о временном пребывании (до года) ребенка в организации. Пролонгирование соглашения запрещено, каждый год родители должны представлять документы, подтверждающие нуждаемость ребенка в получении услуг в организации и заключать новое соглашение. Тяжелый, хронический характер имеющихся у ребенка нарушений делает неизбежным длительное пребывание ребенка в организации.

В соглашении о временном пребывании ребенка в организации для детей-сирот в обязательном порядке предусматривается участие родителей ребенка в его воспитании, посещение и участие в обеспечении содержания ребенка, срок пребывания, ответственность сторон за нарушение условий соглашения, а также определяются обязательные мероприятия по предоставлению семье консультативной, психологической, педагогической, юридической, социальной и иной помощи. В соответствии с соглашением родители могут забирать ребенка еженедельно на выходные дни, несколько раз в месяц или несколько раз в году. Интересам ребенка соответствует максимально частый контакт с родителями. Но на практике значительная часть родителей устраняется от участия в воспитании своего ребенка-инвалида, что является пренебрежением его основными потребностями, и нередко это заканчивается лишением родителей родительских прав.

Одной из причин жестокого обращения с воспитанниками организаций для детей-сирот является непрофессионализм их специалистов и руководителей. В 2020 году был уволен директор детского дома-интерната, расположенного в одном из поселков Пензенской области. Причиной увольнения стали угрозы и оскорбления им воспитанников. Директор – военнослужащий в отставке – проработал на своем посту всего несколько месяцев. Очевидно, что причиной увольнения стала его профессиональная некомпетентность, незнание психологических особенностей детей-инвалидов.

Дети-сироты с умственной отсталостью часто не понимают значение совершаемых с ними действий. Это существенно повышает риск совершения особо тяжких сексуальных посягательств в их отношении в случаях небрежного исполнения своих обязанностей сотрудниками институциональных организаций. Пренебрежение основными потреб-

ностями воспитанников приводит к сексуальному насилию. Житель Кировской области был осужден за многократное совершение насильственных действия сексуального характера, совершавшихся им в течение 10 лет с воспитанниками коррекционной школы-интерната. Только халатность педагогов позволила преступнику постоянно встречаться с воспитанниками организации.

До 2010 года распространенной формой жестокого обращения с детьми-сиротами было помещение в психиатрическую больницу в качестве наказания на самовольные уходы из организации и другие нарушения правил поведения воспитанников. В рассматриваемый период доля воспитанников организаций для детей-сирот составляла до 30–35 % от всех пациентов детских психиатрических отделений. Психические расстройства часто встречаются среди детей-сирот, однако далеко не во всех случаях их лечение требует помещения ребенка в психиатрический стационар.

Статья 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливает основания для недобровольной госпитализации. Недобровольной является госпитализация по инициативе врачей-психиатров без согласия гражданина или законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет. Законодатель не устанавливает критериев нецелесообразности лечения ребенка младше 15 лет в психиатрическом стационаре. Если законный представитель такого ребенка согласен с госпитализацией или настаивает на ней, то его помещают в стационар. Таким образом, администрация организации для детей-сирот, являющаяся законным представителем воспитанников, может настаивать на госпитализации любого воспитанника, страдающего психическим расстройством.

Пользуясь этим, недобросовестные руководители организаций для детей-сирот помещали на несколько месяцев в психиатрическую больницу неудобных детей в «воспитательных» целях. Особенно много сирот было в психиатрических больницах в летнее время, когда воспитанники выезжали на летний отдых, а самых неудобных для персонала, требующих постоянного контроля подростков отправляли «отдыхать» в больницу. Угроза необоснованной госпитализации является психологическим насилием, а необоснованное пребывание в больнице не только психологическим, но физическим насилием, поскольку прием высоких доз нейрорептиков вызывает неприятные физические ощущения.

Распространенность практики необоснованной госпитализации в психиатрические отделения была столь широка, что в ряде регионов для помещения воспитанника организации для детей-сирот в психиатрическую больницу требовалось разрешение органа управления социальной защитой населения региона. В настоящее время эта практика фактически сошла на нет вследствие значительного сокращения числа детских

коек в психиатрических стационарах и активного вмешательства правоохранительных НКО.

К необоснованной госпитализации подопечных прибегает незначительное число попечителей, которые вследствие своей некомпетентности не справляются с воспитанием принятых в семью детей с психическими расстройствами. Такие действия попечителя свидетельствуют о скором отказе от исполнения своих обязанностей, который будет обоснован «тяжелым заболеванием подопечного» или «опасностью подопечного для других детей, воспитывающихся в семье». Частые госпитализации дают возможность опекуну отдохнуть от подопечного, с воспитанием которого он не справляется, а также оправдать объективными причинами последующий отказ от исполнения своих обязанностей.

О необоснованности помещения подопечного в психиатрический стационар могут свидетельствовать следующие обстоятельства:

- госпитализация 3–4 раза в год и чаще (современные психотропные препараты позволяют стабилизировать состояние ребенка без столь частого помещения его в больницу);
- обострение психического расстройства происходит только при проживании подопечного в замещающей семье, при нахождении ребенка в больнице или временном помещении в социально-реабилитационный центр или иную стационарную организацию его поведение не вызывает существенных нареканий;
- диагноз психического расстройства и наличие у заболевания отрицательной динамики основываются исключительно на информации, сообщенной врачам-психиатрам опекуном.

Для оценки сложившейся ситуации в таблице 9 приведены сведения о насилии и жестоком обращении с воспитанниками в организациях для детей-сирот.

Таблица 9

| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----|---|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Численность детей, совершивших самовольный уход из организации для детей-сирот | 3 889 | 3 957 | 4 250 | 3 661 |
| 1.2 | из них (из строки 1): совершивших самовольный уход более одного раза | 1 782 | 1 798 | 1 767 | 1 576 |
| 2 | Численность детей, в отношении которых выявлены случаи жестокого обращения в организациях для детей-сирот | 130 | 145 | 175 | 214 |
| 2.1 | из них (из строки 2): со стороны работников организации для детей-сирот | 80 | 69 | 69 | 99 |

| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----|---|-------|-------|-------|-------|
| 3 | Со стороны других несовершеннолетних, находящихся в организации для детей-сирот | 126 | 107 | 139 | 111 |
| 4 | От посторонних лиц | 83 | 61 | 43 | 60 |
| 5 | Численность детей, проявивших жестокое обращение в отношении других несовершеннолетних, находящихся в организации для детей-сирот | 88 | 191 | 139 | 144 |
| 6 | Численность детей, направленных на госпитализацию в психоневрологический стационар (клинику) | 5 794 | 6 098 | 5 703 | 5 156 |
| 6.1 | Из них (из строки 6): направлены более одного раза | 1 324 | 1 253 | 1 411 | 1 243 |

Таким образом, можно выделить в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, две основные группы факторов, определяющие риски насилия и жестокого обращения с детьми.

1 – Внутренние факторы:

- собственный опыт переживания насилия ребенком до поступления в учреждение (не выявленный и не отработанный);
- личностные особенности детей, в том числе повышенный уровень виктимности, рецептивные ориентации;
- гендерные особенности виктимности;
- непонимание/незнание ребенком своих прав, непонимание того, что в отношении его происходит насилие.

2 – Внешние факторы:

- субкультура как источник взаимоинформации, взаимообогащения поведенческим и иным опытом;
- низкий уровень грамотности (безграмотность) персонала в области профилактики насилия и жестокого обращения;
- недостаточный уровень проверок при приеме на работу;
- отсутствие специалистов в учреждении, которые могут оказать помощь (отсутствие инфраструктуры, закрытость учреждения);
- отсутствие стандартов (регламентов) поведения воспитателей, включая допустимые формы дисциплинарных мер;
- отсутствие критериев и индикаторов оценки ситуации насилия в отношении конкретного ребенка при проверке;
- отсутствие регламентации порядка выявления и учета случаев насилия;
- отсутствие ответственности/наказания за неинформирование о случаях насилия;

- недостаточно разработанные механизмы подачи жалоб ребенком на насилие (в основном это телефоны уполномоченного по правам ребенка, департамента социальной защиты населения, размещенные на стенде;
- отсутствие независимых проверок.

В 2021 году завершается работа многих европейских стран над проектом Декларации Конвенции Совета Европы (Лансаротская конвенция) о защите детей от сексуального насилия и сексуальной эксплуатации в учреждениях интернатного типа, в разработке которого принимает участие Россия¹¹. В проекте зафиксировано следующее:

- международные исследования показали, что уход в учреждениях интернатного типа создают уязвимую ситуацию для детей, что повышает риск того, что эти дети подвергаются сексуальному насилию со стороны специалистов или добровольцев, ухаживающих за ними, или других детей, проживающих в учреждениях;
- жестокое обращение совершается в отношении особо уязвимого положения ребенка, в частности из-за психического или физического недостатка или ситуации зависимости;
- став жертвами в интернатах и учреждениях, дети сталкиваются с дополнительными трудностями в раскрытии своего опыта и, таким образом, несут длительные психосоциальные последствия на протяжении всей своей детской и взрослой жизни; это требует обеспечения надлежащей помощи и поддержки со стороны компетентных служб.

Комитет Лансароте призывает государства-участники Лансаротской конвенции:

1. Обеспечить, чтобы во всех типах учреждений по стационарному уходу присутствовали:
 - а) комплексные процедуры проверки для своих сотрудников и волонтеров;
 - б) конкретные меры по недопущению злоупотребления положением детей повышенной уязвимости и зависимости;
 - в) адекватные механизмы для детей, чтобы раскрыть любое сексуальное насилие;
 - г) протоколы для обеспечения того, чтобы в случае раскрытия были приняты эффективные меры по оказанию помощи предполагаемым жертвам и расследованию предполагаемых преступлений;
 - д) четкие процедуры, позволяющие исключить предполагаемого преступника из интернатных учреждений;
2. Предоставлять жертвам сексуального надругательства в учреждениях интернатного типа долгосрочную помощь в плане медицинской,

¹¹ В 2013 г. Россия ратифицировала Конвенцию Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений (CETS № 201) от 25 октября 2007 г. (Лансароте, Испания).

психологической и социальной поддержки, а также предоставлять им юридическую помощь и компенсацию;

3. Предоставить детям, которые совершают сексуальные преступления в учреждениях интернатного типа, доступ к программам вмешательства или мерам, с тем чтобы им можно было помочь избежать повторного совершения преступлений;
4. Обеспечить, чтобы специалисты, работающие в государственном или частном секторах, совершающие или не сообщающие о преступлениях, происходящих в учреждениях интернатного типа, были привлечены к ответственности;
5. Обеспечить, чтобы юридические лица, не защищающие детей, находящихся под их опекой, были привлечены к ответственности.

Для решения проблемы предотвращения насилия в отношении детей в интернатных учреждениях на уровне страны рекомендуется поощрять дальнейшие исследования и действия на национальном и международном уровнях, включая:

- a) проанализировать феномен сексуального насилия над детьми в учреждениях интернатного типа, в том числе вопрос об ответственности юридических лиц;
- b) позволить услышать и признать голоса лиц, переживших сексуальное надругательство над детьми в учреждениях интернатного типа;
- c) определить наилучшую практику для поддержки жертв сексуального насилия над детьми, которое имело место в учреждениях интернатного типа, например, создание комиссии по изучению давних случаев насилия для заслушивания жертв, даже если совершенное насилие было давно;
- d) разработать комплексное планирование для решения проблемы сексуального насилия над детьми в учреждениях интернатного типа и учреждениях путем принятия эффективных мер на уровне профилактики, предоставления (помощи) услуг и судебного преследования правонарушителей.

Жестокое обращение с подопечными в семьях опекунов и попечителей

Особенности замещающих семей

Более 90 % детей, оставшихся без попечения родителей, воспитываются в замещающих семьях, потому случаи жестокого обращения с подопечными встречаются значительно чаще, чем в организациях для детей-сирот. Замещающая семья создает более благоприятные условия для развития и социализации ребенка, чем организация для детей-сирот. Однако она имеет существенные отличия от кровной семьи,

главным из которых, по нашему мнению, является стигматизация в замещающей семье и ребенка, и его законного представителя (под стигматизацией понимается перенесенное ранее воздействие неблагоприятных факторов). Как отмечалось ранее, утрата попечения родителей неизбежно сопровождается психологической травматизацией ребенка. Как ни парадоксально, решение взрослого принять ребенка на воспитание в свою семью часто является следствием стечения неблагоприятных для опекуна обстоятельств. К таким обстоятельствам относится потеря собственного ребенка, неудача при воспитании собственного ребенка, когда родитель лишается судом родительских прав, невозможность иметь собственного ребенка и т.п. Отмеченные обстоятельства дают нам основание полагать, что вероятность возникновения неблагополучия среди замещающих семей существенно выше, чем в кровных семьях. Другие отличия замещающих семей от кровных представлены в таблице 10.

Кровный ребенок воспринимается как биологическое продолжение своих родителей, неотъемлемая часть семьи. Вследствие этого вопрос об отказе родителей от дальнейшего воспитания кровного ребенка практически никогда не возникает. Исключением из этого правила является отказ матери от новорожденного сразу после рождения. Беременность для матери в большинстве из этих случаев является нежелательной, привязанность к ребенку у них сформироваться не успевает. Приемный ребенок в замещающей семье воспринимается как инородный элемент. Приемное родительство рассматривается как суррогатное, ненастоящее, именно этим обстоятельством, по нашему мнению, объясняется стремление многих замещающих родителей сохранить втайне прием ребенка в семью.

Таблица 10

Различия кровных и замещающих семей

| Кровная семья | Замещающая семья |
|--|--|
| Ребенок неотъемлемая часть взрослого, его отражение | Ребенок привнесенный элемент семьи, биологически ей чуждый |
| От ребенка нельзя требовать больше, чем от себя | Требования к ребенку могут быть произвольными |
| Отказ от ребенка невозможен | Отказ от ребенка возможен и оправдан в особых случаях |
| Воспитание ребенка личное дело родителя | Воспитание подопечного контролирует опека |
| Родитель обязан содержать ребенка, в том числе и после лишения родительских прав | Опекун не содержит подопечного, приемное родительство может быть для опекуна источником дохода |

| Кровная семья | Замещающая семья |
|--|---|
| Юридические отношения сохраняются после 18-летия ребенка | Юридические отношения прекращаются после 18-летия ребенка |
| Постепенная адаптация семьи к ребенку | Сложная адаптация семьи к ребенку |

Кровная семья пользуется значительно более широкой автономией в воспитании ребенка, чем замещающая семья. Подопечных нередко называют «государственными детьми», подразумевая, что постоянный контроль за соблюдением в замещающей семье их прав осуществляют специалисты органов опеки и попечительства. Вмешательство специалистов опеки в кровную семью возможно только при получении информации о нарушении прав ребенка. Изучение неблагополучия в кровных и замещающих семьях позволяет сделать вывод о существовании двойных стандартов в оценке наказаний.

Дисциплинарные меры, признаваемые приемлемыми в кровных семьях, в замещающих семьях расцениваются как жестокое обращение с подопечным.

Замещающая семья – это временная конструкция. Юридические правоотношения попечителя с подопечным прекращаются после достижения подопечным совершеннолетия, а кровнородственные узы существуют пожизненно. Выросшие кровные дети обязаны содержать своих нетрудоспособных родителей, у подопечных такой обязанности нет. После освобождения от исполнения своих обязанностей опекун не имеет каких-либо обязательств перед подопечным, хотя закон допускает возможность взыскания компенсации за вред, причиненный подопечному. Лишенные родительских прав родители обязаны содержать своих детей. Выявление у подопечного после приема на воспитание в семью тяжелых заболеваний, психических расстройств, например, рассматривается как достаточное основание для отказа опекуна от дальнейшего исполнения своих обязанностей. Самое тяжелое заболевание кровного ребенка не оправдывает родителя в случае отказа от воспитания своего больного ребенка.

Увеличивающиеся в последнее время социальные выплаты на детей направлены на материальную поддержку семьи, оказавшейся в сложной ситуации. В отношении подопечных государство в полном объеме берет на себя ответственность за их содержание. Распространение института приемной семьи, когда приемным родителям (опекунам) выплачивается денежное содержание, превращает прием детей на воспитание в семью в легитимный промысел (способ получения дохода). В отношении кровной семьи это не представляется возможным. Проживание

семьи с неработающими родителями за счет пособий на кровных детей признается недопустимым.

Адаптация кровной семьи к ребенку, начинающаяся с момента его рождения, происходит постепенно. Беременность выступает как своего рода период подготовки к уходу за ребенком и его воспитанию. Адаптация замещающей семьи к ребенку представляет значительные сложности, поскольку подопечный приходит в нее не полностью зависимым от взрослых новорожденным, а более или менее сформировавшейся личностью, зачастую, с разнообразными поведенческими нарушениями.

Таким образом, замещающая семья – это менее стабильная, чем кровная семья система, с более высоким уровнем риска возникновения неблагополучия, одним из проявлений которого является жестокое обращение с ребенком. Изучение случаев жестокого обращения с подопечными свидетельствует о том, что значимой причиной насилия над детьми в замещающих семьях является инструментальное отношение к приемному ребенку, который рассматривается как средство решения тех или иных проблем взрослых, а не как цель создания приемной семьи. Из этого следует, что в подавляющем большинстве случаев физическое, психическое или сексуальное насилие над подопечным сочетается с пренебрежением основными его потребностями в форме ненадлежащего исполнения опекунами или попечителями своих обязанностей.

Отмеченное обстоятельство наглядно демонстрирует история приемной семьи Н. Сама Н., 53 лет, разведена, имеет среднее образование, является социальным работником территориального центра социального обслуживания, в настоящее время проживает вместе с совершеннолетней дочерью, ее двумя малолетними детьми и сожителем, отношения с которым поддерживает около 5 лет. 7 лет тому назад Н. узнала о гибели от передозировки наркотиками соседки по даче, которая одна воспитывала троих сыновей 5, 11 и 13 лет. Соседка вела асоциальный образ жизни, воспитанием детей не занималась, у мальчиков имелась социально-педагогическая запущенность, а у старших детей – девиантное поведение.

Н. решила взять мальчиков под возмездную опеку. Свое решение она объяснила жалостью к детям, а также желанием улучшить материальное положение своей семьи. Также Н. полагала, что воспитание братьев у нее не вызовет особых трудностей, поскольку она знала всех детей с момента их рождения. Воспитанию приемных детей Н. не уделяла должного внимания и не обладала необходимыми для этого компетенциями. Старшие братья плохо учились, были поставлены на учет в КДН и ЗП в связи с курением и употреблением спиртных напитков. Рекомендации специалистов, проводивших с семьей индивидуальную профилактическую работу, Н. игнорировала. Через 3 года Н. отправила старших братьев 14 и 16 лет на дачу под присмотром своей 20-летней дочери. Дочь вскоре уехала на свидание со своим будущим мужем, оста-

вив подростков без присмотра. Воспользовавшись отсутствием контроля, братья купили и выпили около 10 банок пива «Охота крепкое», после чего стали курить. Вследствие неосторожного обращения с огнем возник пожар, и оба подростка погибли от отравления продуктами горения.

В приемной семье остался только младший брат – 8-летний Никита, который на тот момент закончил 1-й класс. После произошедшей трагедии отношение Н. к исполнению обязанностей опекуна не изменилось. Мальчик плохо учился, мог пропускать занятия без уважительных причин. Н. учебу подопечного не контролировала, школу посещала редко. В характеристике педагога отмечали агрессию Никиты в отношении младших учащихся, стремление унижить и оскорбить их, неуважение к педагогам. Отмеченные особенности могут свидетельствовать об авторитарном стиле воспитания опекуна. Когда Никите исполнилось 12 лет, в квартире Н. несколько раз оставался ночевать ее старый знакомый К. Из-за нехватки спальных мест К. положили спать на один диван с Никитой, в той же комнате на кресле-кровати спал сожитель Н. Ночью сожитель проснулся от плача подростка, когда он включил свет, то увидел, что Никита и К. обнажены, подросток лежит на животе, а К., расположившись сверху, пытается совершить насильственные действия сексуального характера. Сожитель выгнал К. из квартиры, расспросил подростка. Никита сообщил, что К. раньше дважды совершал с ним похожие действия, давая ему за это 500 рублей. На этот раз подростку стало больно, поэтому он заплакал. Утром, когда сожитель рассказал о произошедшем Н., опекун заявила, что ничего страшного не случилось. Она обвинила во всем Никиту, который «из-за денег стал извращенцем». Только по настоянию дочери Н. позвонила в полицию. В отношении К. было возбуждено уголовное дело, он осужден на 15 лет лишения свободы. Н. была отстранена от исполнения обязанностей опекуна Никиты.

Приведенный выше пример демонстрирует как безразличное отношение к подопечному, сочетающееся с низкой педагогической компетентностью привели к особо тяжким последствиям. По нашему мнению, вопрос об отстранении Н. от исполнения обязанностей опекуна следовало рассмотреть после гибели старших братьев Никиты. Конечно, непосредственной причиной гибели подростков стало трагическое стечение обстоятельств. Однако указанные обстоятельства были закономерным следствием пренебрежения опекуном основными потребностями подопечных. О таком пренебрежении свидетельствовали и отсутствие контроля за поведением подопечных со стороны законного представителя, и школьная неуспешность подопечных, и девиантное поведение подростков.

Основные механизмы жестокого обращения с подопечными

Изучение жестокого обращения с детьми позволяет выделить четыре основных механизма его возникновения. *Тяжелое криминальное*

насилие в отношении детей обусловлено патологией личности виновного, наличием у него криминальных установок.

Указанный механизм лежит в основе совершения сексуальных преступлений, убийств и причинения тяжкого вреда здоровью детей. Виновный ясно понимает противоправность и наказуемость своих действий, поэтому скрывает от окружающих свои мотивы, а при совершении преступления принимает меры к сокрытию его следов, оказанию психологического давления на потерпевшего.

Стремление к сокрытию намерений совершить тяжелое криминальное насилие в отношении детей крайне затрудняет выявление лиц, берущих под опеку ребенка с намерением вовлечь его в противоправные сексуальные действия. Наиболее эффективным для выявления таких намерений могло бы стать применение полиграфа. Однако правовые основания для использования полиграфа для дачи специалистами опеки заключения о возможности быть опекуном отсутствуют. Возникает парадоксальная, нашей точки зрения, ситуация. Коммерческий банк при приеме на работу служащих может проводить их обследование с помощью полиграфа. Специалисты опеки при принятии решения о передаче ребенка под опеку лишены такой возможности даже в наиболее сложных случаях.

Косвенным признаком наличия у кандидата в опекуны скрываемой мотивации может быть упорное стремление лица принять на воспитание в семью ребенка, который не соответствует его ожиданиям от подопечного. Например, кандидат придает большое значение успешной учебе подопечного, планирует обязательное получение им высшего образования, а собирается взять под опеку ребенка с легкой умственной отсталостью или выраженным отставанием в психическом развитии. Этот критерий может использоваться только в тех случаях, когда кандидат в опекуны намерен принять на воспитание конкретного ребенка.

Значительно чаще жестокое обращение является следствием **педагогического или бытового насилия**. В этих случаях кандидат в опекуны обладает низкой педагогической компетентностью и не способен достигать желаемых целей воспитания, используя только конструктивные средства. Зачастую эти лица в детстве сами подвергались жестокому обращению, поэтому они не рассматривают телесные наказания как недопустимые. Вследствие такой некритичности специалист опеки в процессе беседы без труда может выявить следующие факторы риска жесткого обращения с подопечными:

- непонимание психологических и поведенческих особенностей детей-сирот;
- непонимание психологических особенностей подростков;
- ограниченный диапазон мер педагогического воздействия, склонность к авторитарному поведению, убежденность в собственной

праве, неготовность к поиску компромисса во взаимоотношениях с ребенком;

- наличие опыта жестокого обращения в детстве;
- положительная оценка телесных наказаний.

Еще одним механизмом жестокого обращения с ребенком является **эксцессивное насилие**. В этих случаях жестокость или агрессия не являются устойчивыми чертами личности опекуна. Они проявляются только в ситуациях, когда к личности законного представителя предъявляются чрезмерные для нее требования. Зачастую речь идет о длительной чрезмерной нагрузке, истощившей все имеющиеся ресурсы, когда любое, формально безобидное событие или действие ребенка, превышающее порог фрустрационной толерантности, вызывает неконтролируемую вспышку агрессии. Реакция взрослого в этом случае не соответствует тяжести спровоцировавшего ее события, а отражает интенсивность накопленного аффекта.

Близким к эксцессивному насилию является **насилие, связанное со злоупотреблением алкоголем или наркотиками**. В этом случае существенное отклонение эмоционального состояния, провоцирующее агрессию в отношении ребенка, обусловлено либо патологической формой опьянения, как правило, алкогольного, либо абстинентным синдромом. Как и в случае эксцессивного насилия, агрессия не является устойчивой чертой личности законного представителя, а возникает под влиянием внешних обстоятельств.

Специфические для замещающих семей формы жестокого обращения с подопечными

В основе функционирования любой замещающей семьи лежат устойчивые взаимоотношения между опекуном и подопечным. Отношения эти не являются равноправными, поскольку инициатива приема ребенка на воспитание принадлежит взрослому, который устанавливает правила поведения в семье, а также несет основное бремя ответственности за устойчивость замещающей семьи. Изучение проживающих кризис замещающих семей показывает, что наиболее распространенной причиной кризиса является несоответствие ожиданий опекуна от приема ребенка реальному поведению ребенка, его возможностям и взаимоотношениям со взрослым. В подобных случаях фактической целью приема ребенка был решение опекуном личных проблем, а не собственно воспитание несовершеннолетнего.

Если ожидания взрослого не оправдываются, то он возлагает ответственность за это на ребенка и при нарастании конфликта между фактическими и ожидаемыми взаимоотношениями с подопечным принимает решение отказаться от исполнения обязанностей законного представителя ребенка. Для ребенка это решение является неожиданным,

поскольку он не был информирован об ожиданиях взрослого и полагал, что выполняет взятые на себя обязательства, либо старается их выполнять. Такой **внезапный для ребенка отказ от продолжения его воспитания**, влекущий возвращение в организацию для детей-сирот, воспринимается как психологическое насилие.

Важным условием успешной социализации ребенка является осознание им ясной перспективы своей жизни. Кровное родство гарантирует устойчивость отношений ребенка с родителями или иными родственниками. Замещающая семья, за исключением случаев усыновления или удочерения, лишена такой стабильности. Подопечный ребенок может обрести устойчивую перспективу своей жизни только в случае обсуждения с приемными родителями причин, которые побудили их принять его на воспитание в свою семью, а также обстоятельств, приведших к утрате родительского попечения, оценке поведения биологических родителей.

Значительная часть опекунов, прежде всего, руководствовавшиеся при приеме на воспитание в семью ребенка личными интересами, не в состоянии объяснить подопечным свое решение. Такие опекуны не обсуждают данную проблему с подопечными. Сами подопечные не задают своим законным представителям эти вопросы, видя их нежелание обсуждать их. Такое стыдливое молчание продолжается до достижения подопечными подросткового возраста, когда выросшие дети, недовольные требованиями попечителей, обвиняют их в предвзятом отношении, которое является следствием отсутствия кровного родства. Негативные **последствия отказа от обсуждения с подопечным причин приема его в семью** могут существенно усугубляться возобновлением контактов подростка с кровными родственниками. Эти родственники не несут никакой ответственности за воспитание подопечного, поэтому могут занимать попустительскую воспитательную позицию, давать невыполнимые обещания.

В отдельных случаях прием ребенка на воспитание может быть связан **попыткой заменить умершего кровного ребенка**. Если травма утраты не была проработана с помощью психолога, то такие опекуны стремятся сделать из подопечного точную копию умершего. Такая попытка заранее обречена на неудачу не только вследствие биологических различий между кровным и приемным ребенком, но и наличием у подопечного собственного жизненного опыта, игнорировать который нельзя.

Само по себе наличие у кандидатов в опекуны травматического опыта, связанного с утратой кровного ребенка, не должно рассматриваться основание для отказа в получении заключения о возможности стать опекуном. Положительное заключение может быть выдано, если кандидаты в опекуны получили необходимую психологическую помощь и проработали травму.

Российское законодательство устанавливает приоритет кровных родственников при передаче ребенка на воспитание. Это приводит

к значительной доле среди опекунов и попечителей лиц пожилого и старческого возраста. Целью воспитания является передача личного жизненного опыта взрослого ребенку. Такая трансляция может противоречить интересам ребенка при наличии *катастрофического разрыва в возрасте и системе ценностей опекуна и подопечного*. О таком разрыве можно говорить в случаях, когда законный представитель на 50 и более лет старше подопечного. Воспитатель должен содействовать адаптации ребенка, а для этого ему необходимо самому хорошо разбираться в процессах, происходящих в мире. Эта способность у лиц старческого возраста ограничена.

В качестве еще одной формы жестокого обращения с подопечными можно рассматривать семьи, в которых *воспитание строится на строгом соблюдении религиозных правил*. Отличительной чертой такого воспитания является игнорирование возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, формирование у детей убежденности собственной греховности и порочности, единственной возможностью спасения рассматривается перманентная борьба с грехом. Таким образом, в основе «воспитания» лежит обесценивание ребенка и его жизни, признание единственным средством спасения неукоснительного соблюдения предлагаемых форм религиозного поклонения.

Мир вне религиозной общины рассматривается как враждебный, несущий гибель бессмертной душе. Крайние коварство и враждебность окружения требуют жестких мер защиты, в качестве которых, как правило, применяются телесные наказания.

В Среднеуральском женском монастыре в период с 2004 по 2019 годы действовала такая фундаменталистская община. За малейшие нарушения от установленных правил детей унижали, подвергали телесным наказаниям. Воспитанникам внушали, что за пределами общины живут только преступники и наркоманы. У каждого ребенка был собран рюкзак с одеждой и сухарями. С этим рюкзаком они должны были бежать в тайгу в случае попытки враждебного мира захватить монастырь. Любое нарушение правил влекло суровое наказание, поскольку провинившийся не только губил собственную душу, но и причинял вред остальным членам общины.

Целесообразность сохранения или прекращения опеки в случае выявления жестокого обращения с ребенком в замещающей семье

После выявления в замещающей семье жестокого обращения с ребенком и оказания подопечному необходимой помощи неизбежно возникает вопрос о возможности дальнейшего проживания ребенка в семье. Речь идет не об оценке действий взрослого, которая может быть только негативной, а о целесообразности сохранения замещающей

семьи. На первый взгляд, интересам ребенка не может отвечать проживания в семье, продемонстрировавшей свою несостоятельность или дисфункциональность. Однако разрыв отношений со значимыми для него взрослыми, помещение в организацию для детей-сирот также являются неблагоприятными для ребенка событиями. Таким образом, после выявления жестокого обращения с ребенком замещающей семье специалисты опеки должны оценить психологическое состояние подопечного, уровень его психического развития, отношение к опекуну (попечителю) и членам замещающей семьи, причины жестокого обращения, негативные последствия продолжения проживания подопечного в замещающей семье и помещения его под надзор организации для детей-сирот¹².

Рассмотрим указанные выше обстоятельства на конкретном примере. В замещающей семье Петровой А.П., 60 лет, и Петрова А.В., 56 лет, воспитывался подопечный Иванов С.Д., 7 лет. Причиной обследования семьи явился факт нанесения Петровой А.П. побоев малолетнему подопечному.

Со слов опекунов известно следующее. Супруги состоят в зарегистрированном браке 16 лет. 3 года назад они приняли на воспитание Сергея Иванова. Принять ребенка в семью на воспитание было обоюдным желанием супругов. Поиск подопечного в организациях для детей-сирот города Москвы и близлежащих регионов занял около полутора лет. При приеме в семью у Сергея отмечалась выраженная задержка психофизического и речевого развития, но в настоящее время уровень его развития соответствует норме.

Данный брак для Петровой А.П. является вторым, от первого брака она имеет двух совершеннолетних детей, с которыми длительное время проживает раздельно. Мужа она оставила, когда дети были несовершеннолетними, чтобы переехать на постоянное место жительства в Москву. В настоящее время Петрова А.П. является пенсионеркой, участвует в программе «Московское долголетие» (занимается ритмикой, рисованием, ходит на экскурсии). Петров А.В. ранее в браке не состоял, детей не имеет, работает заместителем начальника отдела крупного предприятия. Для создания благоприятных условий для жизни подопечного супруги перед приемом ребенка продали однокомнатную квартиру в центре Москвы и купили квартиру большей площади в новом районе, где ребенку была предназначена отдельная комната.

Период адаптации мальчика в семье прошел благополучно. Опекуны много внимание уделяли преодолению имевшейся у подопечного задержки речевого и психического развития. Через девять месяцев после приема в семью Сергей стал посещать детский сад. В настоящее время

¹² В случае привлечения законного представителя к уголовной ответственности за жестокое обращение с подопечным вопрос о возвращении ребенка в замещающую семью не рассматривается.

Петров А.В. перед началом рабочего дня отводит подопечного в детский сад и забирает его после окончания работы, эпизодически Сергея забирает Петрова А.П. Таким образом, мальчик проводит в детском саду 10–12 часов, пока Петрова А.П. занимается домашним хозяйством и саморазвитием. После возвращения из детского сада Сергей ужинает и дважды в неделю выполняет домашнее задание в рамках подготовки к школе. Ребенок в детском саду характеризуется положительно, однако воспитатели отмечают вспыльчивость Сергея, приводящую к конфликтам со сверстниками.

Однажды после возвращения из детского сада Сергей отказался выполнять домашнее задание. Чтобы добиться выполнения своих требований, Петрова А.П. стала бить мальчика ремнем. Сергей пытался спрятаться под столом и оцарапал спину. В конце концов, мальчик подчинился требованиям опекуна и написал требуемые Петровой А.П. две строчки. На следующий день воспитатели в детском саду обнаружили следы побоев, большую ссадину на спине и сообщили об этом в опеку. Сергей был временно помещен в социальный приют, где находился 3 месяца.

В диагностической беседе подопечный подтвердил обстоятельства конфликта с Петровой А.П.. Сергей рассказал, что «мама часто бьет его ремнем». Мальчик считает, что наказывать детей можно, но обижается на маму, если она делает ему «очень больно», когда бьет. Сергей отметил, что папа его никогда не бьет. Еще одной формой наказания в семье Петровых является «угол», это наказание используют оба супруга. Однако, Петрова А.П. ставит Сергея в угол на 30–40 минут, а Петров А.В. на 5–10 минут (по информации опекунов).

Со слов психолога приюта, Сергей быстро адаптировался к пребыванию в организации, с другими воспитанниками мальчик не конфликтовал. Петрова А.П. постоянно интересовалась у воспитателей состоянием подопечного, писала Сергею письма (их читали мальчику воспитатели), регулярно приносила гостинцы. При наблюдении за взаимодействием опекуна и подопечного в приюте специалисты отметили отсутствие телесного контакта и невербального эмоционального взаимодействия (опекун хвалит мальчика, но без улыбки).

При встрече со специалистами Сергей первое время держался настороженно, отмечалась скованность, которая проявлялась в мышечном напряжении, малоподвижности, кратких ответах. Продуктивный контакт с Сергеем был затруднен имеющимися у него нарушениями звукопроизношения. После установления контакта со специалистами речь мальчика стала понятной, ответы развернутыми. Когда при расспросах о замещающей семье и отношениях с родителями Сергей начинал волноваться, у него вновь появлялись нарушения звукопроизношения.

Результаты психологического обследования мальчика позволили сделать следующие выводы. У Сергея имеется эмоциональная привязанность

к опекунам, которых он воспринимает как родителей. Значимым взрослым для подопечного является Петров А.В. Общий уровень психического развития мальчика соответствует возрастной норме, однако имеются нарушения звукопроизношения. Пребывание Сергея в приюте является для него психотравмирующим, он хочет вернуться в замещающую семью.

Проведенная диагностика Петровой А.П. показала наличие у нее высокой социальной желательности в поведении и высказываниях, что выразилось в демонстративности, подчеркнутом раскаянии в содеянном, принятии на себя ответственности и декларировании своей готовности к изменениям. Это сочеталось с отрицанием неоднократности применения физического насилия к подопечному и допущении использования телесных наказаний. Возможной причиной стремления Петровой А.П. добиться возвращения подопечного в семью было ее желание сохранить брак с Петровым А.В., который очень привязан к мальчику.

Петрова А.П. активно пыталась повлиять на результаты диагностики, что проявлялось в стремлении контролировать специалистов и ход обследования, внесении многочисленных дополнений и разъяснений в протокол беседы с ней¹³.

Проведенная диагностика показала, что Петрова А.П. имеет склонность к нарушению границ и подавлению воли другого. Основную задачу родительства она видит в образовании ребенка. При этом опекуном не учитываются возрастные и индивидуальные особенности подопечного. Например, опекун считает допустимым в виде наказания поставить Сергея в угол на 30–40 минут. Имеющиеся у Петровой А.П. трудности в воспитании подопечного связаны с ее личностными особенностями, отсутствием понимания возрастных и эмоциональных задач ребенка старшего дошкольного возраста, отсутствием модели материнства по отношению к ребенку-сироте.

Беседа с Петровым А.В. показала высокую эмоциональную значимость подопечного в его жизни. У опекуна сформирована модель семьи с ребенком. Семейный сценарий Петрова А.В. предполагает наличие в семье детей, совместный досуг с ребенком, признание права ребенка на спонтанность, собственные желания и самостоятельное мнение. Петров А.В. считает роль матери в воспитании детей ведущей, но при этом он не одобряет методов воспитания Петровой А.П., считает телесные наказания недопустимыми.

Причинами жестокого обращения с Сергеем в замещающей семье стали эмоционально-личностные особенности Петровой А.П. и недо-

¹³ Беседа с опекуном протоколируется. После завершения беседы опекун знакомится с записью и заверяет ее своей подписью. При этом опекун имеет возможность внести необходимые уточнения. Вследствие высокой тревожности Петровой А.П., ей была предоставлена возможность вносить изменения и дополнения без ограничений во времени. Такая практика не является общепринятой.

статочность у нее воспитательных компетенций. Взгляды на воспитание ребенка у супругов не совпадают. Семейный сценарий Петрова А.В. соответствует потребностям подопечного, он в состоянии контролировать воспитание подопечного. Аргументами для сохранения замещающей семьи являются: наличие в семье поддерживающего подопечного взрослого (Петрова А.В.), который правильно понимает потребности Сергея и способен их удовлетворить; привязанность мальчика к опекунам; неизбежное наступление негативных последствий для психического состояния ребенка в случае отстранения опекунов от дальнейшего исполнения своих обязанностей. Условиями для возвращения мальчика в семью являются оказание помощи опекунам в воспитании ребенка и усиление контроля за ситуацией в семье для чего целесообразно заключить договор сопровождения семьи.

Следующий пример иллюстрирует нецелесообразность сохранения замещающей семьи. Супруги Иванова Е.С., 45 лет и Иванов С.В., 47 лет воспитывают в приемной семье трех подростков с тяжелой инвалидностью: Петра 14 лет, Ивана 15 лет и Николая 12 лет. Помимо тяжелой и выраженной умственной отсталости мальчики страдают ДЦП. Вследствие тотального поражения центральной нервной системы у подопечных имеется грубое отставание в физическом развитии: рост подопечных не превышает 120 см., а масса тела – 20 кг. Самостоятельно передвигаться по квартире могут только два воспитанника.

Иванова Е.С., как и ее мать, работала санитаркой в детском доме-интернате. Когда 5 лет назад было принято решение о ликвидации организации, Иванова Е.С. вместе с мужем взяла на возмездную опеку четырех мальчиков. Старший ребенок был более сохранен, его супруги перед достижением совершеннолетия усыновили. В настоящее время он лишен дееспособности, Иванова Е.С. является его опекуном. Супруги не работают. Основные обязанности по присмотру и уходу за детьми выполняет Иванова Е.С. На Иванова С.В. возложены технические функции: возить детей на машине, помогать перемещать их на колясках. Для супругов Ивановых возмездная опека над тремя детьми-инвалидами стала профессиональной деятельностью, т.к. является единственным источником доходов.

Семья проживает в съемной 3-комнатной арендованной квартире, которой требуется косметический ремонт и влажная уборка. У детей имеется отдельная комната. Двое мальчиков (Николай и Петр) спят в детских кроватках. Ивану спальное место оборудовано на раскладном кресле. Мебель в детской комнате старая, одежда у детей ветхая, постельное белье грязное. Со слов Ивановой Е.С., детей она перед сном пеленает, чтобы они быстрее засыпали. В комнате пыльно и захламлено.

У детей есть несколько мягких игрушек. Для развития координации движения опекун использует фитбол, других развивающих игр и

игрушек нет. Со слов приемной матери, в данный период она с детьми не гуляет, воздухом они дышат на балконе. Это связано с опасением заразиться COVID-19, а также со значительными затратами времени, необходимого для одевания маломобильных детей, размещения их на колясках и спуска с 7-го этажа (в кабине лифта может разместиться только одна коляска с ребенком).

Ранее супруги примерно на 9 месяцев в году вывозили детей на дачу. Это значительно облегчало приемному родителю организацию прогулок. Мальчиков тепло одевали и укладывали в беседке во дворе дачи, где они лежали на свежем воздухе по несколько часов. После поступления информации о том, что летний загородный дом не приспособлен для постоянного проживания детей-инвалидов (стены не утеплены, помещение отапливается железной печкой, труба которой выведена в окно, отсутствуют водоснабжение и канализация), органы опеки и попечительства запретили приемным родителям вывозить детей на дачу на длительный срок. Супруги Ивановы решение опеки расценили как необоснованное, заявили о намерении усыновить детей, чтобы избавиться от «мелочного контроля опеки». Однако, узнав о существенном сокращении выплат в случае усыновления, отказались от своего намерения.

Семья несколько лет находилась на сопровождении в уполномоченной организации, но все рекомендации специалистов игнорировала. Изучение материалов личных дел подопечных показало, что дети с тяжелой инвалидностью не получают необходимой им помощи. Индивидуальные программы реабилитации подопечных составлены на период пребывания детей в организации, приемными родителями не подписаны. В течение пяти лет вся реабилитационная помощь, получавшаяся мальчиками, была ограничена предоставлением памперсов. Лечебное питание, которое должны получать дети с тяжелым отставанием в физическом развитии, им не было назначено. Приемные родители называли лечебное питание «химией» и кормили детей деревенскими продуктами с высоким содержанием жира, что вызывало у подопечных хронический понос и привело к потере зубов.

Дети не прошли обследования психолого-медико-педагогической комиссией, которая доложена была определить для них образовательный маршрут, назначить необходимые занятия с логопедом и дефектологом. Вместо этого приемные родители заключили «договор со школой о надомном обучении». К ним домой должны приходиться учителя из школы. Но приемные родители отказались от этого потому, что «появление посторонних людей нервирует детей» (при этом большую часть года семья проживала на даче, где учителя посещать детей не могли). Со слов приемных родителей, педагоги дают детям задания, которые они вместе с подопечными выполняют и передают в школу. Ни текста договора, ни выполненных детьми заданий приемные родители

предоставить не смогли. Тем не менее, в личных делах имелись справки из школы, подтверждавшие факт надомного обучения подопечных.

В период проживания в приемной семье подопечные в полном объеме диспансеризацию не проходили. Приемные родители объясняли это тем, что в районной поликлинике за один день они не могли пройти осмотр всеми врачами. Подопечных было необходимо привозить в поликлинику несколько раз, от чего дети уставали. В связи с этим они проходили диспансеризацию в частной клинике, которая давала необходимое заключение участковому педиатру. В свою очередь участковый педиатр на запросы опеки ежегодно давал заключение о том, что «уровень развития подопечных соответствует состоянию их здоровья».

Таким образом, приемные родители лишили подопечных медицинской помощи, необходимого лечебного питания, реабилитации и обучения, но при этом формально выполняли все свои обязанности. Проверка условий жизни подопечных с привлечением специалистов организации для детей-сирот, в которой ранее воспитывались подопечные, показала, что за время пребывания в семье подопечные новых навыков не приобрели, но утратили часть имевшихся у них навыков. За время пребывания в приемной семье подопечные физически не развивались (рост и масса тела у них не изменились).

Наблюдение за детьми показало, что Иван охотно идет на контакт с новыми для него людьми, жестами и отдельным звуками (в основном звуком «мммм») пытался показать игрушку или движение в коридоре. Мальчик на протяжении всей беседы с приемными родителями старался привлекать к себе их внимание, но поддержки со стороны попечителей не получал. Навыков самообслуживания мальчик не имеет, постоянно находится в памперсах.

Николай все время сидел на горшке, не проявлял никакого интереса к происходящему, не обращал внимания на окружающих. Со слов опекуна, Николай плохо передвигается самостоятельно. Когда мальчика подняли, ребенок трясся всем телом, опекун сказала, что это связано с его диагнозом. Петр находился в манеже. Со слов опекуна, мальчику так комфортней. Игрушки были привязаны к бортикам, чтобы Петя их не выкидывал. Приемные родители не пытались предложить подопечным совместную игровую деятельность.

Приемным родителям разъяснили необходимость в полном объеме исполнять свои обязанности, обеспечить правильное питание, обучение, реабилитацию и медицинское наблюдение за подопечными. Супруги Ивановы отказались выполнять эти требования, мотивируя это тем, что такие требования создают дискомфорт для подопечных. В связи с этим было принято решение о расторжении договора о приемной семье и отстранении супругов от исполнения обязанностей попечителей.

Неблагоприятная ситуация в приемной семье стала следствием крайне низкой компетентности приемных родителей, которые все свои обязанности свели к присмотру за детьми. Длительное существование неблагополучия в этой семье было следствием недостаточной подготовки специалистов опеки, которые не могли объективно оценить выполнение приемными родителями своих обязанностей. Безответственная позиция школы и районной поликлиники не позволила своевременно принять меры для защиты интересов подопечных.

РАЗДЕЛ 12. НАСИЛИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ. БУЛЛИНГ И КИБЕРБУЛЛИНГ. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И КОРРЕКЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала исследование «Взрослеющие в неравных условиях: гендерные и социально-экономические различия в здоровье и благополучии молодёжи. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»-2020, из которого следует, что российские дети установили мировой рекорд по жалобам на кибербуллинг (кибермоббинг): так называются оскорбления, угрозы и передача компрометирующих данных в интернете. Это общеевропейское многонациональное опросное исследование, проводимое раз в четыре года, содержит данные о факторах поведения детей школьного возраста (11–15 лет), влияющих на их здоровье, и статистику по более чем 40 странам из регионов Европы и Америки.

Опрос, проведённый среди тысяч подростков, касался различных аспектов их здоровья, включая самооценку состояния психического здоровья, ожирение и восприятие собственного тела, пищевые привычки, занятие физической активностью, поддержку со стороны семьи и сверстников, употребление табака, алкоголя и конопли, а также буллинг. 11-летние дети вывели Россию на первое место в мире по жалобам на кибербуллинг: 11 % девочек и 8 % мальчиков признались, что два или три раза за месяц подвергались такой травле. На это пожаловались 6 % девочек и 8 % мальчиков 13-летнего возраста и 5–7 % 15-летних, но в последнем случае лидерство у России перехватили Гренландия и Литва.

Аналогичные данные были получены в ходе исследования под названием «Дети России онлайн», которое показало, что в нашей стране 40 % детей в возрасте от 9 до 16 лет сталкиваются с порнографией в интернете, а около 11 % становятся жертвами кибербуллинга (психологического давления, агрессии или издевательств со стороны других пользователей), тогда как в Европе дети подвергаются кибербуллингу вдвое реже – там факт психологического давления признали 5 % детей, опрошенных в рамках исследования EU Kids Online¹⁴.

По данным ВОЗ, в России оказался высокий процент 11-летних детей, которые жалуются на травлю в школе. 23 % девочек и 27 % мальчиков объявили, что подвергались унижениям два или более раз в месяц за последние два месяца. Более высокие показатели фиксируются только в Литве (29–35 %) и Латвии (24–26 %). Судя по опросу 15-летних

¹⁴ https://cyberpsy.ru/literature/russian_kids_online/

подростков, Россия занимает четвертое место по буллингу среди европейских стран после Литвы, Латвии и Бельгии. Согласно опросу 13-летних россиян, у России пятое место (здесь к перечисленным странам добавилась Австрия)¹⁵.

Насилие в школе

В контексте проблем системы образования и школы как ее института понятие насилия применяется в одном синонимическом ряду с понятиями агрессия и буллинг.

Некоторые исследователи выделяют несколько типов социальной интеракции, связывающих понятия насилия и агрессии:

- 1) совершение «неявного» (или «неочевидного») и нерефлексируемого насильственного деяния;
- 2) проявление агрессии, предшествующей и предопределяющей последующее насильственное деяние;
- 3) имитация (или демонстрация) агрессии без последующего очевидного насильственного деяния, которая, однако, создает некий фон для развертывания интеракции между людьми и определяет характер их взаимоотношений^{<190>}.

В определении агрессии, предложенном несколькими известными исследователями^{<175>}, **агрессия** – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения.

Феномен причинения сверстниками друг другу вреда и страданий был впервые описан в Швеции в конце 1960 – начале 1970-х годов как «моббинг». Впоследствии Дэн Ольвеус предложил назвать это явление «буллингом», чтобы отразить его суть более точно. Однако, это явление существовало и раньше, однако прежде буллинг объяснялся как проявление садистического или агрессивного поведения, а не как специфичное поведение. После работ Д. Ольвеуса исследования буллинга были проведены и в других странах, подтверждая, что буллинг есть везде, где они проводились, и его уровень примерно одинаков^{<303>}.

Буллинг может быть отнесен к одной из разновидностей агрессии или агрессивного поведения, причем он обладает своими специфическими характеристиками, которые обусловлены социальной ситуацией, в которой буллинг происходит. В качестве одной из ключевых особенностей социальной ситуации, имеющей высокий риск появления буллинга, исследователи выделяют закрытость и иерархическую структуру сообществ, примером которых являются школа, трудовой коллектив, армейская группа, места лишения свободы и др.

Основной признак насилия, агрессии, буллинга – **намеренность действий**.

¹⁵ <https://www.newsru.com/russia/15mar2016/growingup.html#>

Подходы к определению понятия буллинга в России и за рубежом

Чаще всего в исследованиях ученые опираются на определение, данное Д. Ольвеусом в 1983 году в рамках национальной компании против буллинга в Норвегии. Буллинг определялся как намеренное, протяжённое по времени причинение вреда сверстниками, причём в ситуации присутствует дисбаланс сил. Этим определением сейчас пользуются практически все исследователи, которые занимаются проблемой буллинга. В определении важны три составляющих:

- 1) есть намерение причинить вред,
- 2) ситуация длится какое-то время и не является разовой,
- 3) между людьми, вовлечёнными в ситуацию буллинга, существует дисбаланс сил, физических или психологических^{<303>}.

В русском языке для подобного явления применяется понятие «травля», и часто оба термина используются как синонимы. Однако исследования показывают, что существует национальная специфика в назывании и понимании терминов, и русскоязычное понятие «травля», как и термины, которые применяются для объяснения буллинга в других странах, может иметь свое отдельное содержание, не полностью совпадающее с «буллингом»^{<156>}. Так, первое русскоязычное определение буллинга было дано И.С. Коном, который определил буллинг как запугивание, унижение, травлю, физический или психологический террор, направленный на то, чтобы вызвать у другого страх и тем самым подчинить его себе^{<77>}. Также одно из отечественных определений уравнивает буллинг с травлей и дальше раскрывает это определение: «повторяющаяся агрессия по отношению к определённом субъекту, включающая в себя принуждение и запугивание»^{<19>}.

Классификация буллинга

К. Vjornqvist и его коллеги предложили следующие группы проявлений буллинга, которые потенциально включают все виды действий. Рассматривается прямой буллинг: физический и вербальный. К физическому буллингу относятся: удары, тычки, запираение в помещениях, подножки, различные виды приставаний. К вербальному прямому буллингу относятся: обзывания, выкрики, угрозы.

Также рассматривается непрямой буллинг: это изоляция, игнорирование, распускание слухов. Непрямой буллинг связан, больше чем другие проявления буллинга, с социальным взаимодействием, с положением детей в группе^{<303>}. К сожалению, эти списки могут быть расширены новыми и новыми действиями.

В 1993 году Д. Ольвеусом была предложена классификация буллинга (там же), включающая:

- Вербальный буллинг, включающий использование устной речи для воздействия на жертву. Поводом для этого типа буллинга может стать внешний вид, особенности речи или поведения, образ жизни, интеллект, расовая и национальная принадлежность.
- Социальный буллинг, основанный на противопоставлении жертвы окружению. Этот вид буллинга может реализовываться через бойкот или через групповые формы буллинга, призванные показать, что жертва исключена из системы отношений или занимает в ней низшее место.
- Физический буллинг, включающий все виды применения физической силы.
- Косвенный буллинг, состоящий в непрямом воздействии на жертву, когда он/она даже не знает, кто является зачинщиком. Используются не прямые способы воздействия, такие как слухи, анонимная порча вещей, обсуждение жертвы у неё за спиной.
- Этнический буллинг, использующий все вышеперечисленные виды буллинга по отношению к человеку другой расы или этноса.
- Сексуальный буллинг, включающий сексуальные домогательства или унижение с использованием сексуального подтекста.
- Другие виды буллинга, к которым относятся все способы причинения вреда, не вошедшие в вышеперечисленные категории.

Родственным понятию социального буллинга можно назвать и феномен социального остракизма (игнорирование, исключение, отвержение). В отличие от травли (буллинга), который характеризуется объективно наблюдаемыми внешними признаками, как, например, вербальная (оскорбления) и физическая (пинки, избияния) агрессия, внешние признаки остракизма индивида могут не быть явными как для субъекта остракизма, так и для окружающих (как, например, в случае ненамеренного или ложного остракизма), но иметь при этом непропорционально высокую степень реакции индивида: проявление прямой агрессии или аутоагрессии, обращение индивида к радикализму или экстремизму^{<13>}.

Современные риски детства, сопряженные с насилием, все более интегрируются в интернет-среду. В настоящее время наиболее острым онлайн-риском можно назвать **кибербуллинг**, который определяется как целенаправленный и повторяющийся вред, наносимый с использованием компьютеров, смартфонов и других электронных устройств^{<181>}.

Специфика и повышенная опасность кибербуллинга состоят в том, что благодаря анонимности агрессор может оставаться безнаказанным и не испытывать вину за свои действия, в то время как жертва чувствует тревогу и страх. Часто встречающимися формами интернет-травли являются издевательство, или систематические оскорбительные сообщения, которые направлены против другого; раскрытие чужой личной информации без согласия человека; диссинг (травля), или публикация

унизительной для другого пользователя информации с целью испортить его репутацию; кибер-преследование, выражающееся в постоянном нежелательном контакте, который зачастую сопровождается угрозами, направленными против другого пользователя; троллинг, или провокация к диалогу при помощи высмеивания, оскорблений, использования нецензурной лексики^{<71>},^{<350>}.

Последствия буллинга и кибербуллинга

Недавние исследования в ряде стран показали, что распространенность агрессивного поведения, в частности кибербуллинга, среди подростков увеличилась. Так, по данным международного исследования сетевой компанией Vodafone Plc., 60 % детей и подростков из Ирландии и 35 % из Великобритании считают, что столкновение с интернет-травлей намного опаснее, чем обычный буллинг. Проведенный опрос также показал, что 41 % школьников чувствуют себя подавленными после того, как стали жертвами кибератак, 26 % испытывают чувство одиночества и беспомощности, 18 % сообщили о суицидальных мыслях, 21 % стали реже посещать школу и 25 % закрыли свои учетные записи в социальных сетях в результате кибер-преследования. Среди основных последствий кибербуллинга называют суицидальное поведение, развитие депрессивных и тревожных состояний, самоповреждающее поведение (self-harm), использование психоактивных веществ, психосоматическую симптоматику. Э. Стаксруд (E. Staksrud) обращает внимание на то, что для самих преследователей опасность состоит в том, что они в два раза чаще предпочитают проводить время в виртуальной реальности. Следует учитывать, что в большинстве случаев подростки, чье поведение носит агрессивный характер, нуждаются в помощи не меньше, чем пострадавшие от кибератак^{<71>}.

Яркими примерами дисбаланса между стимулом (исключение/отвержение/игнорирование) и реакцией могут служить такое явление, как школьная стрельба («school shooting», «school massacre») по образцу событий в школе «Колумбайн» («Columbine») в США. В работе по анализу 15 случаев стрельбы в школах США М. Лири с коллегами обнаружили свидетельства того, что демонстративное или хроническое социальное отвержение в форме остракизма, буллинга и/или отказа в романтических отношениях было основным влияющим фактором в 12 (80 %) случаях^{<276>}.

Выявление рисков и фактов буллинга и социального остракизма в контексте профилактики насилия в школе может опираться на современные исследования психологических механизмов, связывающих переживание боли в результате остракизации и буллинга с нарушением базовых потребностей в принятии, самоуважении, контроле и осмысленном существовании и запуском антисоциальных форм реагирования (модель Вильямса)^{<14>}.

Ситуации буллинга скрываются всеми сторонами и, как результат, учителя и родители часто не имеют возможности заметить ситуацию буллинга или интерпретируют её неверно. Несмотря на то, что сам буллинг и его последствия могут быть не видны, в настоящее время можно с уверенностью говорить о том, что буллинг влияет на всех участников, вовлечённых в него.

Так, для детей, подвергающихся буллингу в школе, характерно снижение академической успеваемости и ухудшение здоровья. Они чаще по сравнению со своими сверстниками имеют симптомы тревожных и депрессивных расстройств, жалуются на головные боли, апатию, энурез. Также дети, подвергающиеся буллингу, чаще совершают суицид^{<16>}.

Дети и подростки, ставшие свидетелями буллинга, демонстрируют повышенный уровень депрессии, тревожности, агрессии, у них наблюдаются проявления посттравматического стрессового расстройства, они чаще употребляют алкоголь. Дети, являющиеся зачинщиками буллинга, также испытывают на себе влияние нахождения в такой ситуации. Так, участие в буллинге в роли нападающего часто связано со снижением успеваемости, драками, воровством, прогулами, употреблением алкоголя и табака^{<16>}.

Известен и отсроченный эффект буллинга, наблюдаемый уже во взрослом возрасте. Так, например, Ольвеус утверждает, что 60 % взрослых, которые были зачинщиками буллинга в 6–9 классах, к 24 годам имеют как минимум одно обвинение в нарушении закона, тогда как среди взрослых, которые не участвовали в школе в ситуациях буллинга, таких всего 23 %^{<19>}.

Также негативный психологический эффект сохранялся, по свидетельству участников ситуаций буллинга, даже через много лет после того, как ситуация завершилась^{<7>}.

Профилактические и коррекционные подходы

Разное понимание происхождения проблемы буллинга предполагает разный набор компонентов для антибуллинговой программы, а также разный фокус работы.

Существует несколько общих теорий, объясняющих появление буллинга в школах: диспозиционная, темпоральная и контекстуальная^{<16>}. Эти три подхода по-разному объясняют возникновение буллинга в школах, и, соответственно, предполагают разное наполнение антибуллинговых программ, которые могут быть созданы на их основе. Диспозиционный подход связан с вниманием к личностным особенностям детей и подростков, вовлечённых в ситуации буллинга. Темпоральный подход предлагает превентивно уделить особое внимание детям и подросткам, проходящим через определенные кризисы, например, возрастной кризис или кризис, связанный с ситуацией в семье.

Контекстуальный подход предполагает, что основное внимание уделяется структуре коллектива и отношениями, которые в нём возникают.

Эти подходы опираются на понимание динамики возникновения буллинга и его предотвращения, а также влияют и на выбор ключевой фигуры, и на подбор компонентов программы. Например, в контекстуальном подходе неоправданно работать напрямую с детьми, подвергающимися буллингу, или с зачинщиками. Основной упор будет сделан на изменение отношений между всеми одноклассниками.

В рамках этого подхода одной из ключевых фигур в профилактике и разрешении ситуаций школьного буллинга является учитель, позиция которого влияет на эффективность антибуллинговых программ. Учитель может распознавать ситуации буллинга, принимать меры для его профилактики и разрешения уже возникших ситуаций. Также учитель является ролевой моделью для учеников, а его реакции определяют поведение детей и их доверие ко взрослым в ситуациях буллинга. Однако в настоящее время у учителей есть сложности с распознаванием буллинга, с эффективным реагированием на него, а также с личностной позицией в ситуации буллинга^{<156>}. Роль учителя необходимо осмыслить в рамках антибуллинговых программ, которые предлагают учителям широкий спектр действий, снижающих уровень буллинга и виктимизации в классе.

Эффективность программ, посвящённых работе с буллингом

Учитывая то, какие последствия имеет буллинг для всех участников и в короткой, и в долгосрочной перспективе, не удивительно, что многие страны создают антибуллинговые программы и внедряют их в том числе и на государственном уровне. Такой, например, является антибуллинговая программа Д. Ольвеуса, которая появилась в результате национального исследования буллинга в Норвегии^{<19>}. Первая программа была разработана в 1983 году, а в 1991 году было проведено исследование, которое показало, что в результате применения этой программы виктимизация снижается вдвое. Однако довольно часто антибуллинговые программы основываются не на исследованиях, а на распространённых в обществе идеях о буллинге или на «здравом смысле». Такие основы проектирования приводят к тому, что программы не достигают своих результатов или даже оказываются вредными для подростков. Например, техасская программа Expect Respect показала в мета-исследовании Ttofi^{<341>} отрицательные результаты: уровень буллинга в школах по результатам исследования даже возрос. В целом, из 30 программ, которые изучались в мета-исследовании, 7 оказались полностью неэффективными, 11 – показали некоторый эффект. Только 12 программ

были эффективны. К. Merrell и его соавторы^{<290>} также сообщают, что большая часть интервенций в рамках антибуллинговых программ не показали статистически значимого эффекта. И только треть изучаемых интервенций продемонстрировали значимый эффект. При этом оказалось невозможным выявить паттерн, на основании которого можно было бы спрогнозировать будет ли интервенция успешной.

Теоретические подходы, лежащие в основе анти-буллинговых программ, признанных эффективными

Некоторые из антибуллинговых программ, изучаемых в мета-исследовании Tfofi et al^{<341>} имеют свою собственную теоретическую основу. Другие опираются на более общие подходы, например, на социально-когнитивную (программа Friendly schools) или когнитивно-бихевиоральную теорию (программа S.S.Grin). Самой часто используемой в различных программах теорией является The Olweus Bulling Prevention Program (ОВРР), подход Д. Ольвеуса, позволяющий предотвратить буллинг в школах^{<302>}. Программы, основанные на этом подходе, обычно являются эффективными (например, Bergen, South Carolina Programm).

Также эффективной теоретической моделью является participant role approach, разработанная финской исследовательницей К. Salmivalli^{<317>}. На этом подходе основаны две финские антибуллинговые программы (Kiva, финская антибуллинговая программа) и греческая антибуллинговая программа.

Новозеландская программа Kia Kaha основывается на подходе, реализованном в австралийской программе Friendly Schools. Обе программы опираются на социально-когнитивную теорию, при этом одна из них, новозеландская, признана по результатам мета-исследования эффективной, в то время как Австралийская – неэффективна.

Также одна из эффективных программ опирается на транс-теоретическую модель Д. Прохаски и К. ди Клименте^{<237>}. Эта теория, в первую очередь, касается стадий изменений, которые необходимо пройти и концентрируется в основном на поведении, а не на знаниях или эмоциях. Также в этой теории считается, что каждая стадия должна длиться некоторое время. Программа Respect^{<237>}, также являющаяся эффективной, основывается на специфичной теории, ставящей во главу угла взрослого, который рассматривается как авторитетный источник. Его обязанность – создать поддерживающую атмосферу. Считается, что таким человеком должен быть любой взрослый в школе, а также антибуллинговые идеи должны быть поддержаны и местным сообществом. Такое поведение взрослых должно оказать влияние на поведение детей.

П. Орпинас и А. Хорн представляют подход к пониманию и практической работе с поведенческими проблемами детей и подростков, выходящий далеко за рамки предотвращения буллинга и основанный на принципах безопасности. Кроме решения проблем снижения агрессии родителям, психологам, школьным профессионалам необходимо развивать позитивные качества той среды, в которой дети живут и учатся. В дополнение к этой позитивной среде взрослые должны предоставить детям возможность осваивать социальные навыки, которые помогут им укреплять как позитивные взаимоотношения с ровесниками и взрослыми, так и учебные навыки, необходимые для успешной учебы в школе. Авторы выдвигают на первый план следующие два компонента снижения буллинга и агрессии: необходимость создания позитивной заботливой среды и развития у детей навыков социальной компетенции, необходимых для построения здоровых взаимоотношений. Оба компонента описаны в «Модели развития школьной социальной компетентности и профилактики буллинга» – целостном подходе, который можно использовать для внедрения системных изменений в класс, школу, семью^{<304>}.

В качестве меры по работе с выявленными ситуациями травли предлагается использование концепции и технологий восстановительного правосудия (восстановительного подхода в образовании). Концепция восстановительного правосудия (и шире – восстановительного подхода) – это система теоретических представлений и набор способов, процедур и приемов работы, используемых в ситуации преступления, конфликта, в обстоятельствах эскалации взаимонепонимания, отчуждения и напряженности в отношениях между людьми и всплеска насилия. Восстановительный подход в разрешении конфликтов и криминальных ситуаций с помощью ведущего восстановительных программ помогает реализовать важные для общества ценности: исцеление жертв преступлений, заглаживание вреда силами обидчиков, участие в этом процессе ближайшего социального окружения, уважительное взаимодействие. Ключевое положение, на котором базируется восстановительная концепция, – это восстановление субъектности: делегирование людям разрешать собственные проблемные ситуации/конфликты. Восстановительный подход изначально работает с неравновесными конфликтами и правонарушениями, где есть обидчик и жертва и где ставится вопрос осознания обидчиком последствий своих действий по отношению к жертве, заглаживания обидчиком причиненного жертве вреда и составления плана действий обидчика по недопущению повторения подобного. Кроме того, как показывают многочисленные исследования, буллинг (травля) – это не только ситуация причинения зла обидчиком жертве, это проблемная ситуация в коллективе в целом (в классе, в группе), где все ответственные за происходящее. В рамках восстановительного подхода разработаны технологии, позволяющие работать не только с обидчиком и

жертвой, но и с более широким классом ситуаций. Благодаря использованию восстановительных программ разрешается не только локальная проблема. Группа берет на себя ответственность за случившееся и за предотвращение подобного в будущем. Для работы со школьной травлей важно понимать, что «группа» включает в себя зачастую не только несовершеннолетних, но и педагогов, и родителей. Технологии восстановительного подхода (медиация, круг сообщества, семейная конференция), реализованные на практике, способствуют профилактике деструктивного взаимодействия между участниками образовательного процесса и формированию у учащихся позитивной общности с просоциальными нормами поведения.

Эффективность антибуллинговых программ

В рамках мета-исследований, проведенных М. Ttofi et al. (2008) и К. Merrell et al. (2008), внимание было уделено не только эффективности программы в целом. Были исследованы и отдельные элементы программ, и оказалось, что их вклад различен. Традиционно исследовалось, насколько снижается уровень буллинга в классе, а также, насколько реже ученики чувствуют себя жертвами буллинга. По результатам исследования М. Ttofi, разные элементы отвечают за изменения в шкале буллинга и в шкале виктимизации. Однако, есть и компоненты, которые способствуют и снижению уровня буллинга, и снижению виктимизации. Мета-исследование К. Merrell позволило сделать выводы о том, что изменения в обеих шкалах связаны не со специфическими компонентами программ, а с мета-компонентами, которые влияют, в первую очередь, на психологические характеристики школьников, а они уже в свою очередь – на ситуации буллинга в классе^{<289>}.

По результатам анализа эффективности анти-буллинговых программ выделены следующие аспекты, влияющие на эффективность: компоненты программ (влияющие на уровень буллинга и на уровень виктимизации), теоретический подход, длительность программы, уровни вовлечения в программу, уровни работы (знания, отношения, действия), ключевая фигура, отвечающая за изменения^{<157>}.

Подробный список элементов программ, состоящий из 20 пунктов, был составлен М. Ттофи^{<341>}. В него вошли общешкольная антибуллинговая политика, правила класса, школьные конференции, материалы для изучения на уроках, менеджмент в классе, совместная групповая работа специалистов, индивидуальная работа с зачинщиками и подвергающимися буллингу, работа со сверстниками, информация для учителей, информация для родителей, наблюдение на игровой площадке, дисциплинарные методы, ненаказующие методы, школьные трибуналы, тренинг учителей, тренинг родителей, видео и компьютерные игры. Эффективными оказались 10 из этих элементов. Из них 4 элемента

влияют и на снижение уровня буллинга, и на снижение уровня виктимизации, 4 элемента связаны только со снижением уровня буллинга и 2 элемента – со снижением уровня виктимизации. Более подробно о содержании и оценке программ можно узнать из обзора ВШЭ 2020 г.^{<133>}. Многие исследователи и практики разрабатывают свои программы и проекты, применяют технологии, которые направлены на снижение рисков буллинга и его преодоление. Существует целый ряд программ с доказанной эффективностью, которые применяются в школьной среде. Так, например, высоко эффективной признана технология «Умелый класс», реализующая в российских школах психолого-педагогическую технологию «Skilful Class», разработанную Беном Фурманом и Майю Ахола (Ben Furman, Maiju Ahola) как модификацию методики «Kids' Skills»^{<179>} для применения в работе с классами начальной школы. Методика основана на подходе, ориентированном на решение проблем и направлена на профилактику эмоциональных и поведенческих проблем детей посредством освоения ими социальных навыков. Исследование эффектов технологии в 2019–2021 гг. показало, что к числу положительных эффектов программы можно отнести повышение удовлетворенности значимыми отношениями в классе как у детей, так и у педагогов и некоторых родителей. Во всей экспериментальной группе (возраст от 6 до 10 лет) оценка осваиваемых в классе навыков саморегуляции и социально-эмоциональных навыков оказалась значимо выше, чем в контрольной выборке^{<186>}. Сходные результаты были получены при исследовании эффективности «Skilful Class» в финской и китайской выборках^{<297>}. Ни в одном экспериментальном классе не наблюдалось случаев буллинга. Почти на треть снизилось количество детей, имеющих низкий социальный статус в классе. Аналогичные результаты были получены в подготовительных группах ДООУ в результате применения фольклорной игровой практики «Сила народной игры», где, кроме того, было отмечено значимое снижение уровня агрессии у детей^{<159>}.

Доказанной эффективностью обладают восстановительные технологии, применяемые в рамках Школьной службы примирения^{<83>}, такие как:

- Круг поддержки сообщества^{<130>};
- Семейная и Школьная восстановительные конференции;
- Программа примирения/ восстановительная медиация;
- Медиация ровесников;
- Медиация в работе с буллингом;
- Восстановительная программа в работе с многоуровневым конфликтом.

Технология «Круг сообщества» в 2018 году была включена в реестр практик с доказанной эффективностью Федерации психологов образования России.

Участвуя в восстановительных программах, дети и подростки учатся:

- уважительно слушать и говорить, выстраивать конструктивный диалог, договариваться;
- брать ответственность за свои слова и поступки;
- управлять своими чувствами и понимать чувства других;
- внятно и уверенно высказываться о том, что их волнует;
- рефлексировать свое поведение по отношению к окружающим;
- конструктивно разрешать конфликты;
- сотрудничать при постановке коллективных задач и их реализации.

Развитие перечисленных выше социальных навыков способствует осознанному и счастливому проживанию жизни обучающихся, где нет места буллингу.

РАЗДЕЛ 13. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ, С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ

Насилие и жестокое обращение с детьми представляют собой серьезную угрозу детскому благополучию. Потребность в принятии конкретных действий в области профилактики насилия растет как в Северных странах, так и на международном уровне.

В социальной работе с детьми и их семьями страны Северной Европы имеют схожую структуру, основанную на сходстве семейных форм устройства, законодательства и политики, а также на общей культуре, общих ценностях и постоянном сотрудничестве. (Kääriälä и др. 2017). Универсальный подход подчеркивает важность предоставления базовых (профилактических) услуг для всех граждан (закон о социальном обслуживании). Своевременность услуг является важным индикатором их эффективности. В спектр различных базовых/универсальных/профилактических услуг входит дневной уход, образование, хобби, здравоохранение, социальная поддержка, материальные субсидии и т.д. Таким образом, при принятии решений, касающихся детского и семейного благополучия, в том числе профилактики детского насилия, учитывается комплексный подход к потребностям детей и их семей. Функции семейных услуг поддержки и защиты детей относятся к компетенции коммун, а социальные работники оказывают помощь детям и родителям в проблемных ситуациях. (Куокканен и др., 2021).

Исследования показывают, что семейное неблагополучие накапливается в тех слоях общества, в которых неблагополучие и нежелательные модели воспитания передаются из поколения к поколению. Такие неблагоприятные факторы, как развод родителей, низкое образование, токсикомания или проблемы психического здоровья влияют на развитие неблагополучия у ребенка. Чем больше таких факторов, тем выше риск физических и психических заболеваний в будущем. Многочисленные финские и международные исследования, в которых были выявлены факторы риска (см. таблица 14) применения насилия в отношении детей, показали, что собственный опыт подверженности насилию родителей в детстве значительно повышает риск того, что и их дети станут жертвами родительского насилия (Ellonen и др., 2016).

Таблица 14

**Факторы, предрасполагающие
к агрессивному поведению/насилию**

| |
|--|
| • Родитель, являющийся единоличным опекуном (отцовство) без поддержки родственников/общества |
| • низкий вес младенца при рождении |
| • многоплодная беременность |
| • употребление психоактивных веществ родителями и проблемы с психическим здоровьем |
| • тяжелое финансовое положение семьи |
| • проблемное поведение ребенка или его принадлежность к особой группе (например, дети с ограниченными возможностями) |
| • Накопление различных факторов увеличивает риск насилия |

Таблица 15

**Факторы, защищающие от насилия
(Белл и др., 2013; Хакулинен, 2019)**

| |
|---|
| • безопасность, благополучие и постоянность семейных отношений |
| • стабильные отношения между родителями и заботливая среда, позитивное воспитание |
| • воспитание и поддержка ребенка в соответствии с его возрастом и развитием |
| • здоровый образ жизни ребенка и хорошие отношения с родителями |
| • хорошие социальные навыки и фокус на других позитивных навыках в развитии ребенка |

Насилие и пренебрежение нуждами ребенка имеют прочную связь с развитием опасного для здоровья поведения в подростковом возрасте, а также с ухудшением здоровья во взрослом возрасте. (ВОЗ, 2016; Ристикари и др., 2018 г., Фелитти и др., 2009 г., Фелитти и др., 2019 г., Хакулинен, 2019 г.) В последнее время растет интерес ученых к понятию «неблагоприятный детский опыт» (ACE; Adverse Childhood Experiences) именно в рамках профилактики. Неблагоприятный детский опыт – это потенциально травмирующие события, которые происходят в детстве (0–17 лет). Такими событиями являются: пережитое насилие, жестокое обращение или пренебрежение, свидетельство домашнего насилия дома или в обществе, попытка самоубийства или смерть члена семьи. Потенциально травмирующие события могут происходить в окружающей среде ребенка и подрывать у него чувство безопасности, стабильности и привязанности. К таким событиям относятся проблемы с употреблением психоактивных веществ, проблемы психического

здоровья, нестабильность из-за развода родителей или отбывание тюремного наказания (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

На протяжении более 20 лет данная тема была предметом международных исследований, результаты которых показали, что последствия насилия в детстве оказывают более значительное влияние на развитие ребенка, чем считалось раньше. Например, если в детстве у одного и того же человека накапливается более четырех факторов неблагоприятного опыта, риски психических заболеваний и вероятность применения насилия во взрослом возрасте возрастают. Накопление неблагоприятного опыта также увеличивает риск возникновения рака и других серьезных заболеваний и преждевременной смерти. Те, кто испытал множество неблагоприятных детских переживаний, рискуют заболеть на 10–15 лет раньше, чем другие. (Фелитти и др., 2019). Таким образом, последствия насилия значительно влияют на состояние здоровья граждан. Исследования также показали, что дальнейшее влияние и повторение неблагоприятного опыта возможно предотвратить. Этому способствует осведомленность родителя о собственном опыте и его последствиях и возможность направить родителя на получение помощи. Результаты исследований также показывают, что, если несмотря на трудное детство, ребенок получает правильную помощь и у него накопилось достаточно защитных факторов (см. таблица 2), возможность вырасти здоровым взрослым возрастает. В 2008 году в Финляндии были разработаны рекомендации по выявлению жестокого обращения с детьми и вмешательству в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания (Lajunen 2015).

Вышеупомянутые результаты исследований отвечают на вопрос, почему в Северных странах уделяется особое внимание именно профилактическим мерам и поддержке семьи на ранних этапах. Исследования также показали, что сам факт помещения ребенка вне семьи имеет травматические и долговременные последствия для состояния и будущего ребёнка (например, Eurochild). Широкое признание того, что помещение под замещающую опеку неблагоприятно воздействует на развитие и благополучие детей, привело к тому, что многие страны предприняли усилия по сокращению числа детей под замещающей опекой (особенно в учреждениях). Усилия были предприняты в рамках программ развития системы профилактики сиротства и процессов воссоединения семьи. Однако, следует подчеркнуть, что не все дети могут проживать в биологических семьях, поэтому очень важно одновременно развивать качественные формы замещающей опеки.

Система бесплатных консультаций по охране здоровья матери и ребенка, основанная на нормативных актах (Закон о здравоохранении и VNA 338/2011) является одним из самых важных инструментов поддержки семей и профилактики семейного неблагополучия государствен-

ной системы обслуживания Финляндии. Всем беременным женщинам и их супругам предлагается не менее 8–9 посещений поликлиники во время беременности, 2 посещения после рождения ребенка и дополнительные посещения при необходимости. В течение первого года жизни ребенка предлагается не менее 9 посещений детской поликлиники и 6 посещений детям в возрасте от 1 до 6 лет. Востребованность данных услуг составляет 99,6 %. Поликлиники являются стержнем в развитии сети Семейных центров, которые были разработаны по модели «все услуги профилактики под одной крышей» в Швеции в конце 1970-годов. На данный момент в Северных странах работает около 450 семейных центров (Nordens välfärds center, 2012). Данные центры обслуживают все семьи, и в них работают специалисты разных профессий, к которым можно обратиться при возникновении любых вопросов касательно семейной жизни. Семейный центр предоставляет следующие услуги:

- женские и детские консультации
- семейная работа для семей с детьми и помощь на дому
- услуги физиотерапевта и диетолога
- услуги психолога и социального работника
- услуги по уходу за детьми
- социальная работа для семей с детьми
- специализированная медицинская помощь и услуги защиты детей
- открытые места встречи для семей

Деятельность семейных центров постоянно развивается. В будущем семейные центры будут предлагать научно обоснованные (evidence based) программы с доказательной практикой на трех уровнях; ; всеобщую родительскую поддержку для всех; адресные программы, нацеленные на группы людей с конкретными проблемами и разработанные программы, ориентированные на семьи с высоким риском неблагополучия.

Насилие и жестокое обращение в отношении детей возможно предотвратить путем развития навыков самозащиты у детей в ситуациях, связанных с насилием. Поэтому в детских садах и школах проводятся занятия, развивающие навыки безопасности у детей. Обучение основано на программе, разработанной Национальным институтом здравоохранения и социальной защиты (THL). Учебные материалы широко используются в работе с семьями, социальными и медицинскими работниками. Обучение эмоциональным навыкам и навыкам безопасности способствует всестороннему укреплению собственных ресурсов и навыков безопасности у детей. Развиваются чувство собственного достоинства, уверенность в себе, навыки взаимодействия, а также хорошие дружеские отношения. Новые учебные программы базового образования, которые вступили в силу в начале 2016 года, нацелены на улучшение навыков безопасности у детей (Lajunen, 2015).

Многие практики и методы с доказательной эффективностью, используемые в Северных странах, собраны на портале «Поддержка роста» (Kasvutuki, 2021). Этот портал является важным источником информации для профессионалов, работающих в области детского и семейного благополучия. Предлагаемые методы ориентированы на улучшение психического и социального благополучия детей, молодежи и родителей. Перед регистрацией методы проходят оценку качества и эффективности. Каждый метод должен соответствовать четырем критериям: 1) целевая группа метода – семьи с детьми (ребенок или родители); 2) метод имеет теоретическую основу; 3) обучение методу доступно в Финляндии; 4) метод основан на этических ценностях.

Одной из таких практик является модель выявления и лечения поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста «Сильные семьи» (Voimaperheet). Модель является результатом многолетних теоретических исследований и практического внедрения опыта. Программа родительского наставничества основана на известном научном проекте «Сильнейшие семьи» (Stogest families), выполненном под руководством канадского профессора Патрика МакГрата. Программа была адаптирована к условиям Финляндии в университете Турку в сотрудничестве с детскими психиатрами, психологами и специалистами по уходу. Результаты пилотного проекта показали эффективность данной программы. Через год наблюдения более 80 % детей из семей, участвовавших в проекте, не были бы повторно отобраны в данную программу. В контрольной группе соответствующий показатель составил 66 %. С помощью этой методики у детей понизились чувство тревожности, перепады настроения и проблемы со сном, улучшилась их способность к сочувствию. Потребность семей в медицинских услугах была почти вдвое меньше, чем в контрольной группе. Различия между группами не изменились после двух лет. Исследование также охватило семьи самой высокой степени риска, которые часто не получают необходимые им услуги. Более 90 % родителей в группе готовы, при необходимости, повторно пройти программу или порекомендовать ее другим семьям с детьми (Ristikari et al., 2019). В рамках данной программы проводятся исследования распространённости депрессии во время беременности, разрабатывается лечение в условиях цифрового режима, а также изучается эффективность программы в целом.

Во всех Северных странах внедрена или внедряется модель «Барнахус» (Barnahus), которая была разработана в Исландии в 1998 году и в 2002 году была признана одной из лучших моделей по работе с детьми, пережившими насилие (Johansson et. al., 2016). За 2018 год в Исландии было рассмотрено 100 случаев насилия над детьми. Идея Барнахус зародилась из Американской модели САС (Children's Advocacy Centres). Данная модель была разработана в 1985 году в штате

Алабама для реабилитации детей, испытавших сексуальное насилие. В настоящее время в США насчитывается около 1000 центров САС (<http://nationalcas.org>). Модель «Барнахус» – это мультидисциплинарная, четко отрегулированная и стандартизированная система взаимодействий между различными экспертами и правоохранительными органами, которые совместно оценивают ситуацию ребенка, пережившего насилие, и принимают решение о дальнейших действиях. Все услуги Барнахус, такие как судебно-медицинская экспертиза, полицейское расследование, реабилитация, находятся в одном месте, в дружелюбной для детей обстановке. Помимо помощи детям специалисты также ведут профилактическую работу по предотвращению насилия. Ведется работа с родителями и педагогами, обсуждаются разные темы связанные с вопросами насилия. Модель Барнахус официально внедрена/внедряется в национальные системы стран, например, в судебную систему, в системы здравоохранения или защиты детей. Барнахус часто называют примером доброжелательного к детям правосудия, и рекомендуется как практика с доказанной эффективностью. Модель была поддержана Наблюдательным советом Конвенции Лансароте, и в настоящее время внедряется на европейском уровне Советом Европы (см., например, Совет Европы, 2010).

Работа по профилактике семейного насилия осуществляется также различными НКО, такими, как Ассоциация домов матери и ребенка и приютов для жертв насилия. Ассоциация оказывает поддержку детям и семьям, оказавшимся в сложной или опасной жизненной ситуации, а также осуществляет профилактическую работу по предотвращению насилия в семье. Структуры третьего сектора Финляндии и Швеции почти идентичны, в частности, когда мы говорим о доходной базе различных НКО. В обеих странах доля государственного финансирования деятельности НКО относительно невелика, чуть более 30 %, что означает, что здесь третий сектор в значительно более независим от государства, чем во многих других странах (Laaksonen, 2020).

Таким образом, каждая страна ищет свои подходы к разрешению проблем, исходя из существующих возможностей, законодательства, истории и культурных ценностей. Страны Северной Европы занимают лидирующие позиции по уровню благополучия детей (Kääriälä и др., 2017). Эти страны придерживаются единого идеологического подхода к вопросам семейного благополучия и защите детей и относятся к системе государства всеобщего благосостояния. В основе рассуждений о плюсах и минусах модели всеобщего благосостояния лежит вопрос о степени государственного присутствия в жизни граждан.

Многочисленные исследования показывают, что применение всех форм физического наказания в Северных странах значительно сократилось с момента принятия ими законодательства, запрещающего все формы насилия. На государственном уровне достижения этих стран

можно объяснить относительно низким уровнем бедности, равенством доходов, более высоким общим уровнем образования и более всеобъемлющей системой социального обеспечения (Программа развития Организации Объединенных Наций, 2011). Кроме того, в Северных странах действуют законы, запрещающие телесные наказания детей (Zolotor et al., 2011).

Несмотря на то, что в странах Северной Европы большинство детей действительно благополучны, скандинавская модель благосостояния до сих пор не решила ряд существующих проблем: большое количество детей в системе замещающей опеки; проблемы психического развития детей и подростков и недостаток услуг в данной сфере; рост неравенства населения.

Наряду с решением вопросов развития системы детского и семейного благополучия и защиты детей важно учитывать различные факторы неблагополучия и искать комплексные и эффективные подходы к решению проблем совместно со специалистами разных профессий, учитывая субъективные потребности ребенка и всей семьи. В этой связи требуется разрешение целого комплекса проблем – от преодоления материальной бедности, стигматизации и дискриминации до просвещения по вопросам здоровья, развития родительских компетенций и других мер поддержки семьи. Необходимо также развивать новые механизмы внедрения законодательства и инструментов борьбы с возникновением насилия в альтернативных формах опеки. По мере развития законодательства необходимо контролировать внедрение и проводить оценку эффективности рекомендаций по устранению недостатков в существующей системе. Также важно обратить особое внимание на развитие механизмов участия детей в принятии решений, расширение которого наблюдается в большинстве европейских стран со времени ратификации Конвенции ООН о правах ребенка.

Жестокое обращение с детьми: история и современность. Системы противодействия жестокému обращению с детьми и безнадзорности во всем мире и в Англии

Эта глава¹⁶ охватывает раннюю историю признания жестокого обращения с детьми, а также вмешательства и недавние изменения в распознавании различных форм жестокого обращения с детьми и пренебрежения. Также в ней рассматривается английская система распознавания жестокого обращения с детьми и реагирования на него, введение в *Систему оценки нуждающихся детей и их семей*, соответствующие

¹⁶ Арнон Бентовим, Дженни Грей и Стефан Пиззи

инструменты для поддержки оценки и анализа, и их использования в контексте защиты детей и обеспечении безопасности. Представлен модульный, научно обоснованный, а не теоретический подход к вмешательствам с использованием в качестве ресурса программы «Надежда для детей и семей». Пример работы с сексуальным насилием в отношении детей с использованием этого гибкого модульного многоцелевого подхода к вмешательству¹⁷.

Ранняя история признания жестокого обращения с детьми и вмешательства

Первое описание синдрома избитого ребенка было в новаторской статье Тардье (1860) «Судебно-медицинское исследование, посвященное медицинскому обслуживанию и жестокому обращению с детьми» (Визард и др. 2021). Он также описал физические показатели в большом количестве случаев сексуального насилия над детьми. Несмотря на то, что он посвятил свою профессиональную жизнь попыткам предотвратить жестокое обращение с детьми, похоже, что его исследования и рекомендации по защите детей были почти полностью проигнорированы профессионалами и широкой общественностью (Лаббе, 2005). Опасения Фрейда по поводу широкого распространения сексуального насилия в отношении детей были переформулированы как «Эдипов комплекс» – в сознании ребенка вместо того, чтобы основываться на реальных переживаниях (Фрейд, 1897, 1954).

В Соединенном Королевстве первое межведомственное руководство в отношении детей, безнадзорных или подвергающихся жестокому обращению в своих домах, было выпущено правительством в 1950 году (Министерство внутренних дел Великобритании и др., 1950). В нем говорилось:

Пренебрежение и жестокое обращение обусловлены целым рядом причин, начиная от плохого состояния здоровья любящей матери и заканчивая жестокостью и неприязнью к ребенку. Среди других факторов, способствующих этому, – отсутствие помощи по дому, плохое жилье, незнание элементарных принципов ведения домашнего хозяйства, ненормальность одного или обоих родителей или ребенка, частые беременности, лень и несчастливые отношения между родителями. (стр. 1).

Руководство подробно описывает спектр помощи, которая может быть оказана органами здравоохранения, образования, социального обеспечения и жилищного хозяйства во избежание изъятия детей из их домов.

Современная эпоха международного признания жестокого обращения с детьми была начата почти 60 лет назад Генри Кемпе и его коллегами.

¹⁷ Список использованной литературы к данной главе представлен в приложении 1.

В их основополагающей статье говорилось: «Синдром избитого ребенка – это клиническая картина у маленьких детей, подвергшихся серьезному физическому насилию, является частой причиной постоянных травм или смерти» (Кемпе *и др.* 1962, стр.17).

Они рекомендовали лечащему врачу рассмотреть каждый случай как синдром избитого ребенка у «любого ребенка, у которого имеются признаки перелома любой кости, субдуральной гематомы, неспособности развиваться, опухания мягких тканей или кровоподтеки на коже, у любого ребенка, который внезапно умирает, или где степень и тип травмы расходятся с историей, приведенной в отношении возникновения травмы» (там же, стр. 17).

Их статья вызвала немедленные споры в медицинских кругах и агентствах по защите детей, поскольку, по-видимому, явно указывала на родителей и опекунов, которые, возможно, пытались скрыть физическое насилие над своими детьми. Физический ущерб, причиненный детям, был неохотно признан профессионалами, в свете представленных рентгенологических и клинических доказательств. Однако, ожидания Кемпе, что врачи и социальные работники, участвующие в таких случаях, рассмотрят возможность физического насилия над ребенком со стороны их собственных родителей, было воспринято как вызов отношениям между врачом и пациентом. В моем ответе на письмо в *British Medical Journal* (1970) врачам общей практики напомнили, что, если они не сообщали об обеспокоенности по поводу жестокого обращения с ребенком, косвенно они брали на себя ответственность за безопасность ребенка.

В течение следующих нескольких лет в США и на международном уровне проводились исследования по распространенности и характеру жестокого обращения с детьми. Продолжали появляться сообщения о профессиональном и общественном сопротивлении принятию этих неопровержимых выводов научных исследований. Чтобы повысить осведомленность о потенциальных личных и профессиональных реакциях на сообщения о жестоком обращении, Кемпе (1978) представил шестиступенчатую модель постепенного признания сообществом жестокого обращения с детьми с начальной точки отрицания существования проблемы. Это послужило полезной моделью и отражает этапы признания различных форм жестокого обращения во многих странах. Что поражает, так это то, что во всех частях мира не признается факт жестокого обращения, многие дети и молодые люди хранят тайну и молча страдают от травматических реакций, что является правилом, а не исключением (Столтенборг *и др.*, 2015).

Модель Кемпе по информированию о жестоком обращении с детьми

- Этап 1: Отрицание физического или сексуального насилия
- Этап 2: Синдром избитого ребенка подтвержден
- Этап 3: Физическое насилие лучше контролируется – внимание к пренебрежению и задержке в развитии
- Этап 4: Признание эмоционального насилия, депривированности и пренебрежения
- Этап 5: Признано тяжелое положение ребенка, подвергшегося сексуальному насилию
- Этап 6: Гарантируется, что каждый ребенок желанен, любим и о нем заботятся, что он защищен, накормлен, получает первоклассные превентивные услуги и медицинскую помощь.

Совсем недавно была признана еще одна форма жестокого обращения: жестокое обращение в закрытых учреждениях, например, религиозных и образовательных, где насилие могут рассматриваться как ритуал, а репутация учреждения важнее, чем личность.

Все пять типичных форм жестокого обращения с детьми, т.е. физическое, сексуальное и эмоциональное насилие, пренебрежение, а также наблюдение или переживание домашнего насилия (насилие со стороны интимного партнера (ИПВ)), были связаны с последующими травматическими последствиями для психического и физического здоровья детей, подростков и взрослых жертв (Асмуссен *и др.*, 2020, стр. 29–31; Редфорд *и др.*, 2011). Каждая группа имеет характерные черты, например, плохой рост, качество кожи и уровень развития у беспризорных детей, которые не способны благополучно развиваться, характер эмоциональных реакций, депрессивных симптомов, причинение вреда самому себе, тревожных или гневных реакций детей, подвергшихся эмоциональному насилию, а также сексуализации и травматических реакций ребенка, подвергшегося сексуальному насилию.

Отсутствие внимания и психологическое насилие слабо выражены и поэтому остро не воспринимаются профессионалами. Характер и последствия переживаний отсутствия внимания и эмоционального насилия часто проявляются только в контексте всесторонней оценки ребенка и семьи. Различные формы жестокого обращения часто присутствуют в одной и той же семье и в разное время по-разному. Аналогия с айсбергом с несколькими точками воздействия удачно описывает жестокое обращение с детьми (Седлак и Броудхаст 1996; Трокме *и др.*, 2005).

Во всех странах, где признается жестокое обращение с детьми, необходимо будет привлекать специалистов по социальной работе, здравоохранению, полиции и образованию в рамках процесса междисциплинарных совещаний и тематических конференций, оценки положения

ребенка и семьи и регулярных обзоров плана с последующими действиями по защите ребенка, в зависимости от уровня текущего риска и будущего вреда.

Полная степень вреда, причиненного ребенку, может быть неизвестна изначально, равно как и степень травмы или ее последствия (Чичкетти и Карлсон, 1989). Например, когда было установлено, что одному ребенку в семье был причинен сексуальный или физический вред, нет ничего необычного в том, что другие дети в семье также пострадали. Влияние родителя, страдающего психическим заболеванием или склонного к злоупотреблению психоактивными веществами или насилию в семье, может существенно различаться в зависимости от возраста или стадии развития ребенка (Кливер *и др.*, 2011). Может оказаться, что родитель, который изначально воспринимается как защитник, также мог быть вовлечен или потворствовал жестоким действиям. Здесь может возникнуть значительная неопределенность в отношении способности родителей защитить своих детей или степени жестокого обращения и требований к защите до завершения дальнейших оценок.

Наличие жестокого или экстенсивного жестокого обращения с ребенком, например, сексуальное насилие, связанное с физическим насилием и пренебрежением, повысит вероятность возникновения серьезных трудностей, связанных с потенциалом выполнения родительских обязанностей и факторов окружающей среды. Возникновение проблем с психическим здоровьем у родителей, бытовое насилие или зависимость (там же, 2011), о которых ранее не сообщалось, скорее всего, указывают на более высокий уровень сложности, требующий более широкого профессионального и юридического вмешательства. В таких ситуациях может потребоваться вмешательство, которое подкрепляется решениями междисциплинарной конференции или постановлением суда, чтобы надлежащим образом защитить ребенка и удовлетворить его потребности. Это может включать в себя необходимость работы с родителями и мотивировать родителей, которые сами могут испытывать значительные трудности и нуждаются в большом количестве услуг.

Последние разработки в распознавании различных форм жестокого обращения

Многотипность жестокого обращения и поливиктимизация

Большинство детей, ставших жертвами жестокого обращения, которых направляют в службы защиты, скорее всего, пострадали более чем от одного вида жестокого обращения (многотипное жестокое обращение: Хиггинс и Маккейб, 2000). Они могли пострадать от дополнительных видов жестокого обращения в школе или в более широком

социальном контексте, таких как издевательства и подверженность насилию в семье (поливиктимизация: Финкельхор *и др.*, 2005).

Дети, подвергшиеся нескольким видам жестокого обращения, имеют более низкие показатели долгосрочной адаптации и физического и психического здоровья, чем люди, которые подверглись виктимизации одного вида жестокого обращения (Арата *и др.*, 2005). Когда дети в возрасте до 18 лет страдали как от жестокого обращения, так и от поливиктимизации (буллинг), у них было в три раза больше шансов впасть в депрессию в возрасте 23–24 лет, чем у тех, кто не был жертвой (Прайс-Робертсон *и др.*, 2013: стр. 90). К списку последствий жестокого обращения необходимо добавить травматические последствия сексуального или агрессивного поведения ребенка, совершившего преступление, для них самих, а также травматические последствия для их детей-жертв (Визард, 2013).

Негативный детский опыт (НДО)

Феллити и коллеги (1998) представили модель негативного детского опыта (НДО), разработав индекс риска для изучения приносящего вред долгосрочного воздействия различных форм жестокого обращения с детьми, добавив пагубные контексты, такие как психическое здоровье родителей, насилие в семье, злоупотребление наркотиками и алкоголем, к выявленным пяти формам жестокого обращения. НДО определяется как ситуации, которые приводят к повышенному риску того, что дети и молодые люди будут испытывать губительные последствия для своего здоровья и иметь другие социальные результаты. Это опыт, который требует значительной адаптации развивающегося ребенка во всех системах. Крупномасштабное ретроспективное исследование, проведенное среди 17 000 человек, показало, что чем больше было сообщений о НДО, тем выше риск поведения, при котором причиняется вред здоровью как физическому, так и психическому (там же, 1998). Это исследование оказало стимулирующее воздействие, поскольку оно продемонстрировало, что существует возможность предотвратить причины, способные в дальнейшем нанести вред психическому и физическому здоровью взрослых.

Хьюз и коллеги (2017) в своем мета-анализе рассмотрели 37 исследований, включающих 253 719 человек. Они продемонстрировали, что, по крайней мере, четыре зарегистрированных НДО повышают риск неблагоприятных последствий для здоровья. Степень рисков зависела от характера НДО:

- **малый** – недостаточная физическая активность, избыточный вес, ожирение, диабет
- **умеренный** – курение, злоупотребление алкоголем, рак, болезни сердца и респираторные заболевания
- **сильный** – возможность риска сексуального насилия, психическое расстройство и чрезмерное употребление алкоголя

- **преобладающий** – проблемы употребления наркотиков, межличностное насилие и насилие, направленное на самого себя.

Дюбе (2020) объединил 20 лет исследований НДО, чтобы описать происхождение НДО в детстве, влияние на здоровье и благополучие подростков – интернализирующие и экстернализирующие расстройства – и влияние на их взрослую жизнь; цикл завершается воздействием, которое эти люди оказывают как родители на своих детей, при этом цикл продолжается через суровое воспитание и семейные конфликты (рис. 1).



Циклы влияния неблагоприятного детского опыта (ACES) на протяжении всей жизни и поколений

Рис. 7. Цикл и влияние НДО на протяжении всей жизни и поколений

Надписи на картинке «Цикл и влияние НДО на протяжении всей жизни и поколения»: 1. **Неблагоприятная обстановка в детстве** Жестокое обращение, Недостаток родительского внимания, Факторы стресса дома. 2. **Результаты у подростков в начале** Употребление психотропных веществ, Суицидальные наклонности, Беременность, Психические заболевания, Рискованное сексуальное поведение. 3. **Результаты у взрослых** Хронические заболевания, Употребление психотропных веществ, Ожирение, Малоподвижный образ жизни, Заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ, Рискованное сексуальное поведение, Психические заболевания, Суицидальные наклонности, Эмоциональная дисрегуляция.

Растет признание того факта, что неблагоприятный опыт детства происходит в социальном и общественном контексте. Жестокое обращение и губительная дисфункция семейных отношений уходят корнями

в неблагоприятные условия в обществе – нестабильность, насилие обществе и бедность. Концепция, разработанная Эллисом и Дитцем (2017), представляет собой «Пары НДО»: «Неблагоприятный опыт детства», полученный в контексте «Неблагоприятной среды сообщества» – бедности, дискриминации, насилия, отсутствия перспектив и насилия в обществе (Рис. 8). К этому следует добавить изменение климата и пандемии, которые в значительной степени влияют на семью и общество.



Ellis, W., Dietz, W. (2017) A New Framework for Addressing Adverse Childhood and Community Experiences: The Building Community Resilience (BCR) Model. *Academic Pediatrics*. 17 (2017) pp. 86-93. DOI information 10.1016/j.acap.2016.12.011

Рис 8. Пары НДО

Надписи: «Пары НДО Негативный детский опыт» Материнская депрессия, Эмоциональное и сексуальное насилие, Злоупотребление психотропными веществами, Насилие в семье, Бездомность, Лишение свободы, Психические заболевания, развод, физическое и эмоциональное пренебрежение. В корне: нищета, дискриминация, разрушение сообщества, отсутствие возможностей. Отсутствие экономической мобильности и социального капитала, низкое качество жилья и его доступность, насилие)¹⁸.

Тернер и коллеги (2020) представили расширение спектра неблагоприятных воздействий, основанное на исследованиях населения. Они собрали воедино пагубный опыт детей и молодежи в разных возрастных

¹⁸ Эта работа лицензирована по лицензии CC-BY-NC-SA 4.0. Чтобы просмотреть копию лицензии, посетите <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>. Разрешено некоммерческое использование этого материала, включая модификацию, с указанием ссылки на владельца лицензии: Повышение устойчивости сообщества, Глобальный центр профилактики и оздоровления Редстоуна, Школа общественного здравоохранения Института Милкена, Университет Джорджа Вашингтона.

группах. Они отметили, что эти формы НДО лучше предсказывают травматические последствия для детей и молодежи. Они определили 40 НДО, которые предсказывают травматизм в детстве:

- **Семейная нестабильность** – развод, отсутствие жилья;
- **Семейные заболевания** – психическое здоровье, злоупотребление наркотиками, алкоголем;
- **Межличностные потери** – смерть, болезнь, самоубийство;
- **Стихийное бедствие** – пожар, наводнение, пандемии;
- **Экономический стресс** – потеря работы, социальное обеспечение;
- **Жестокое обращение с детьми** – физическое, сексуальное насилие;
- **Подверженность насилию в обществе**;
- **Угроза серьезного нападения** – расовая, гомофобия;
- **Физическое нападение**;
- **Сексуальная виктимизация** – прямая или онлайн;
- **Буллинг со стороны сверстников** – кибербуллинг.

Жестокое обращение с детьми онлайн, включая «прямую трансляцию» жестокого обращения

Теперь дети во многих странах могут просматривать вредоносные или откровенно оскорбительные материалы онлайн через сайты прямой трансляции, где взрослые могут заказывать и покупать фильмы о детях, подвергающихся насилию (Визард *и др.*, 2021). Представляется вероятным, что многие родители могут не знать о характере материала, просматриваемого их детьми. Проблема заключается в том, что преступники, взрослые или подростки, которые ищут детей-жертв, могут использовать просмотр таких чрезвычайно оскорбительных материалов как часть процесса «груминга» за жертвой для последующего прямого сексуального насилия (Британская благотворительная организация по защите детей, NSPCC 2020).

Неконтролируемый доступ к пропагандирующим жестокость и сексуализированным онлайн видеоиграм может «снизить чувствительность» ребенка или молодого человека к изображениям и поведению в игре. Они могут становиться все более решительными, чтобы дойти в игре до определенных «уровней», повторение которых может привести к определенной форме зависимости. Также можно утверждать, что такой бесконтрольный просмотр рискует «нормализовать» неподобающее насильственное или сексуализированное поведение, наблюдаемое в Интернете, где нет непосредственных последствий для такого поведения. Отсутствие последствий может также исказить развитие ребенка, а затем и его понимание того, что правильно или неправильно в человеческом поведении.

Учитывая распространение потенциально опасных интернет-сайтов, вполне вероятно, что появится еще больше онлайн-возможностей для жестокого обращения с детьми. Практикующим специалистам необходимо знать, как принимать эффективные меры по профилактике и защите,

а сообщества должны участвовать в разработке подходов, обеспечивающих отсутствие материалов, содержащих оскорбления. Родителям необходимо понимать риски и получать помощь в управлении ими, а детям и молодежи – в предотвращении вредных воздействий с помощью образовательных средств (Findlater, 2015).

Трудности, связанные с миграцией и поиск убежища

Вуд и др. (2020) демонстрируют трудности, связанные с миграцией и поиском убежища, в таблице 2, приведенной ниже. Это демонстрирует, что родительский стресс и травма, вызванные миграцией, могут увеличить риск возникновения НДО в семье как до, так и после миграции. К НДО в доме – жестокое обращение, пренебрежение, болезнь родителей и потери – могут быть добавлены НДО на этапе до миграции – стать свидетелями разрушений, бомбардировок, серьезных лишений. Во время миграции могут возникнуть серьезные лишения предметов первой необходимости, физическое и сексуальное насилие, угнетающие иммиграционные службы и центры содержания под стражей.

Жизнь детей и молодежи в пост-миграционный период может характеризоваться физическим и сексуальным насилием, дискриминацией в обществе и системе медицинского обслуживания, свидетельством насилия.

Таблица 16

Трудности, связанные с миграцией и предоставлением убежища

|  <p>НДО внутри семьи/дома</p> | Дополнительные НПО в процессе миграции |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * Физическое, эмоциональное насилие или пренебрежение * Сексуальное насилие * Подверженность бытовому насилию * Развод родителей/уход из семьи * Члены семьи с психическими заболеваниями * Употребление алкоголя и/или наркотиков в семье | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">Перед миграцией</p> <ul style="list-style-type: none"> * Физическое, эмоциональное насилие, например в школе или обществе или от начальства * Свидетель насилия по отношению к другим * Опыт взрывов * Разрушение домов * Совершение актов насилия * Лишение свободы или похищения * Страдания из-за лишения предметов первой необходимости </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">Во время миграции</p> <ul style="list-style-type: none"> * Физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, например со стороны начальства, контрабандистов или торговцев людьми или внутри иммиграционной семьи, центрах содержания под стражей и лагерях для беженцев * Свидетель насилия по отношению к другим * Страдания из-за лишения предметов первой необходимости </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">После миграцией</p> <ul style="list-style-type: none"> * Физическое, эмоциональное и сексуальное в жилом помещении, системе ухода, школах или сообществе * Свидетель насилия по отношению к другим </div> |

Родительский стресс и травма, связанные с миграцией, могут увеличить риск возникновения НДО в семье во время и после миграции

Признание и сообщение о жестоком обращении и насилии в отношении детей

Общепризнано, что лишь небольшая часть актов жестокого обращения и насилия в отношении детей сообщается и расследуется, и лишь немногие виновные привлекаются к ответственности (Рэдфорд *и др.*, 2011; Трокме *и др.*, 2005). Во многих частях мира отсутствуют системы регистрации или тщательного расследования сообщений о насилии в отношении детей. В исследовании Гилберта *и др.* (2009) подчеркивается тот факт, что официальная статистика, основанная на отчетах, сильно недооценивает истинные масштабы проблемы.

Существуют различные объяснения отсутствия сообщений, которые включают в себя: молчание из-за страха перед лицом значительного расхождения во власти между преступником и ребенком; страх перед последствиями сообщения; страх, связанный со стигматизацией, связанной с сообщением о насилии, особенно там, где патриархальные понятия семейной «чести» ценятся выше прав человека и благополучия женщин. Постоянное общественное признание некоторых видов насилия в отношении детей является важным фактором, законы, оправдывающие «разумные» или «законные» телесные наказания, отражают общественное одобрение насилия, замаскированного под дисциплину. Отсутствие достоверных данных во многих странах затрудняет оценку процесса отслеживания уровня жестокого обращения (Флюке *и др.*, 2021; Столтенборг *и др.*, 2015).

Пятнадцать лет назад Пиньейру (2006) отметил, что данные, собранные для международного исследования ООН, показали, что очень немногие дети – по оценкам, всего 2,4 процента – были юридически защищены от телесных наказаний, хотя международное движение за прекращение насилия в отношении детей привело к увеличению числа стран (63), выступающих против телесных наказаний (Глобальное партнерство по прекращению насилия в отношении детей, 2021). Отчет о проведенном в школах обследовании состояния здоровья учащихся (Аффифи, 2017) показал, что от 20 до 65 процентов детей школьного возраста сообщили, что в течение предыдущих 30 дней в школе над ними издевались устно или физически.

Гилберт и др. (2009) также отмечают, что расхождения между официальной статистикой и исследованиями на уровне сообществ еще более существенны, если рассматривать срок жестокого обращения. Существует обратная зависимость между частотой сообщений и сроком для всех категорий жестокого обращения, кроме сексуального насилия. По-видимому, существует повышенный риск недопонимания родителями детей младшего возраста и недостаточного выявления случаев жестокого обращения со стороны учреждений по защите детей младшего возраста от детей старшего возраста.

Детальное изучение отчетов указывает на высокий уровень множественных видов жестокого обращения и сохраняющихся факторов риска у ребенка, таких как инвалидность или хронические медицинские расстройства, или у родителей, такие как злоупотребление алкоголем, показатели социального неблагополучия, связанного с частым или хроническим жестоким обращением, особенно отсутствием внимания. Такие множественные или совокупные факторы делают вмешательство в безнадзорность особенно сложным, и показатели безнадзорности в обществе остаются постоянно высокими.

Британская система распознавания и реагирования на жестокое обращение с детьми

В Великобритании, Англии, Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии каждая из стран имеет свое собственное законодательство и рекомендации, регулирующие защиту детей. Между этими четырьмя странами есть сходства, но также есть и различия. В Соединенном Королевстве Комитет ООН по правам ребенка обеспечивает всеобъемлющие принципы для систем защиты детей, которые закреплены в соответствующем законодательстве, нормативных актах и нормативных указаниях. Здесь будет описана английская система.

Законодательная база

Законодательная база в Англии и Уэльсе при рассмотрении вопросов благосостояния и защиты детей изложена в Законе о детях 1989 года. При рассмотрении вопроса о правовом вмешательстве в соответствии с Законом о детях 1989 года ключевым вопросом является понятие порога, который оправдывал бы вмешательство в семейную жизнь. Это требует установления критериев, которые указывают на необходимость вмешательства суда, а также на то, чтобы государство разделяло заботу с родителями и принимало решения, которые обеспечивают защиту ребенка, облегчают его выздоровление и помогают ему реализовать свой потенциал для будущего развития. Службы социальной опеки детей (защиты детей) местных органов власти отвечают за инициирование действий по защите ребенка и обеспечению удовлетворения его потребностей. Суд по семейным делам должен вынести решение о том, что ребенку был причинен или может быть причинен значительный вред.

Раздел 31 (9) Закона о детях 1989 года (с поправками) в Англии и Уэльсе содержит следующие определения:

- *«Вред»* означает жестокое обращение или ухудшение здоровья или развития, включая, например, ухудшение зрения или слуха в результате жестокого обращения с другим человеком.
- *«Развитие»* означает физическое, интеллектуальное, эмоциональное, социальное или поведенческое развитие.

- «Здоровье» означает физическое или психическое здоровье.
- «Жестокое обращение» включает сексуальное насилие и формы жестокого обращения, которые не являются физическими, включая эмоциональное насилие.

Раздел 120 Закона об усыновлении и детях 2002 года обновил определение «вреда в разделе 31 (9) Закона о детях 1989 года. Дополнение «включает, например, ухудшение зрения или слуха в результате жестокого обращения с другим лицом» и усиливает аргументы в пользу причинения значительного вреда в результате насилия в семье или жестокого обращения с другим лицом в семье.

Суд по семейным делам требует доказательств установления *конкретной формы вреда, жестокого обращения, нарушения здоровья или развития*, включая психическое здоровье: кроме того, требуется установить, является ли вред значительным или нет. Это включает в себя сравнение здоровья и развития ребенка с тем, что можно было бы разумно ожидать от ребенка в аналогичном контексте, чтобы гарантировать, что социальный контекст не «стигматизирует» ребенка. Суду необходимо помочь в принятии решений, представив полную оценку (проведенную профессионалами) того, как были удовлетворены или не были удовлетворены потребности детей, способности их родителей или опекунов удовлетворять их потребности, а также влияние семейного контекста и контекста окружающей среды. Использование основанных на фактических данных подходов и стандартизированных инструментов оценки, а также основанной на исследованиях информации о нормах и проверке, которую они предоставляют, помогает подтвердить влияние на ребенка и сравнить уровень воспитания и связанные с этим факторы с другими детьми и семьями.

Определения различных форм вреда, связанного с жестоким обращением

Вред в контексте защиты определяется как воздействие на здоровье и развитие детей, подвергающихся насилию – сексуальному или физическому, пренебрежению и эмоциональному насилию. Переживания от оскорблений описываются как:

«Подборка значимых событий, как недавних, так и произошедших давно, которые взаимодействуют с текущим развитием ребенка и прерывают, изменяют или ухудшают общее развитие, и, в значительной степени, психологическое развитие. Быть жертвой насилия, жестокого обращения и пренебрежения, вероятно, окажет глубокое влияние на представление ребенка о себе как о личности, на его эмоциональную жизнь и привязанности, а также на их будущую жизнь» (Бентовим 1998, стр. 57).

Недавние исследования (Уормингем и др., 2019), посвященные моделям жестокого обращения, показывают, что пренебрежительные и эмоционально оскорбительные действия в большей или меньшей степени присутствуют во всех формах жестокого обращения. Физическое и сексуальное насилие, таким образом, являются дополнительными жестокими действиями, вторично вытекающими из основных моделей жестокого обращения, усиливающих основные модели пренебрежения и эмоционального вреда.

Межведомственное руководство по защите детей

Совместная работа по защите детей (Правительство Ее Величества, 2018) – это законодательное руководство, которое определяет, как агентства и специалисты в Англии должны работать вместе, когда возникают проблемы с безопасностью и благополучием ребенка. В нем содержатся рекомендации по соответствующим ролям и обязанностям тех, кто работает с детьми или, кто контактирует с ними (например, социальные работники, медицинские работники, учителя, работники по делам детей раннего возраста и молодежи, а также полиция и те, кто работает в системе уголовного правосудия и НПО), когда возникают такие проблемы.

В Великобритании это руководство было впервые выпущено в 1988 году и впоследствии периодически обновлялось с учетом изменений в законодательстве, политике и практике. В Великобритании существует давняя традиция совместной работы специалистов и учреждений по защите детей от причинения им вреда – как указывалось ранее, первое межведомственное руководство было выпущено правительством в 1950 году.

В руководстве излагается, что должно произойти, когда у кого-либо (профессионала, представителя общественности, семьи ребенка или самого ребенка) возникают проблемы с благополучием ребенка, в какое государственное учреждение следует обратиться (например, в службу социальной защиты детей или полицию), а затем как реагировать на такое обращение, провести оценку, которая пропорциональна серьезности характера проблем и фокусируется на потребностях ребенка в развитии, родительских способностях и факторах семьи и окружающей среды. В тех случаях, когда есть подозрение или доказательства жестокого обращения, проводится совещание по междисциплинарной стратегии для обсуждения того, что известно о ребенке и семье, и там, где по-прежнему существуют проблемы или имеются доказательства причинения вреда, для проведения углубленной междисциплинарной оценки.

Процесс стратегических совещаний между соответствующими специалистами в области здравоохранения, защиты детей, образования, правосудия в отношении молодежи и полиции из учреждений, занимающихся детьми и семьей, а также совещания и последующие тематические

конференции имеют важное значение для обеспечения безопасности каждого ребенка и планирования дальнейших оценок в контексте безопасности. Оценки безопасности являются сложными и зависят от факторов, влияющих на уязвимость ребенка. Если, например, у ребенка в возрасте 0–5 лет диагностировано значительное медицинское или психическое расстройство, если когда ребенок не посещает школу, у него задержка в развитии или снижение физических возможностей, то все это будет указывать на повышенную уязвимость.

В тех случаях, когда результаты этой оценки выявляют возможный вред для ребенка, социальная служба по делам детей созывает междисциплинарную конференцию для принятия решения о наилучшем плане защиты ребенка. Это включает в себя принятие решения о том, безопасно ли ребенку оставаться в своей семье или его следует перевести в альтернативную семью. В Великобритании родители могут согласиться на это действие или дело может быть передано в суд по семейным делам для принятия решения.

Любая программа защиты ребенка пересматривается сначала через три месяца, а затем с интервалом в шесть месяцев, если только изменение не требует более раннего пересмотра. Основное внимание в плане защиты детей уделяется обеспечению безопасности ребенка, предоставлению услуг, необходимых содействию развития ребенка и работе с ребенком, родителями и с остальными членами семьи с целью того, чтобы ребенок мог безопасно жить в своей семье и благополучно развиваться. В некоторых ситуациях это может оказаться невозможным, и детей, возможно, придется поместить к долгосрочным альтернативным опекунам или усыновить.

Хотя основное внимание в руководстве *«Совместная работа по защите детей»* (Правительство Ее Величества, 2018) уделяется защите детей, в нем также признается, что некоторым детям, направленным из-за проблем, может потребоваться дополнительная помощь со стороны государственных или специальных служб, и они не попадают в категорию подвергающихся насилию или пренебрежению. Действительно, Закон о детях 1989 года предусматривает предоставление услуг нуждающимся детям, здоровье или развитие которых было бы нарушено без предоставления этих услуг. Это включает в себя поддержку детей, родителей и их семей, а также принятие мер по защите детей от причинения им вреда. По этой причине законодательное руководство по оценке, *Основа для оценки детей и их семей*, было разработано для использования со всеми нуждающимися детьми, а не только с теми, кто нуждается в защите от причинения вреда. Это обеспечивает гибкость в процессах, которым должны следовать учреждения и специалисты, при этом всегда уделяя особое внимание защите и содействию благополучию детей.

Введение рамки оценки нуждающихся детей и их семей

В Англии и Уэльсе *Рамка оценки нуждающихся детей и семей* (Министерство здравоохранения и др., 2000 год) (*Рамка оценки*) была внедрена в рамках процесса расширения поля зрения специалистов, занимающихся детьми, нуждающимися в услугах, а также нуждающимися в защите. Эта экосистемная структура была предназначена для того, чтобы помочь специалистам учитывать функционирование и потребности ребенка, способность родителей удовлетворять эти потребности, то, как удовлетворяются их потребности (или нет), а также роль семьи и влияние факторов окружающей среды на ребенка или родительские способности их опекунов. Этот подход был призван расширить профессиональную практику с узкого акцента на «оценке рисков» и защите до более широкого целостного рассмотрения ребенка и его семьи и контекста, в котором они жили, повысить уровень профессионального понимания потребностей и более эффективно сфокусировать мероприятия.

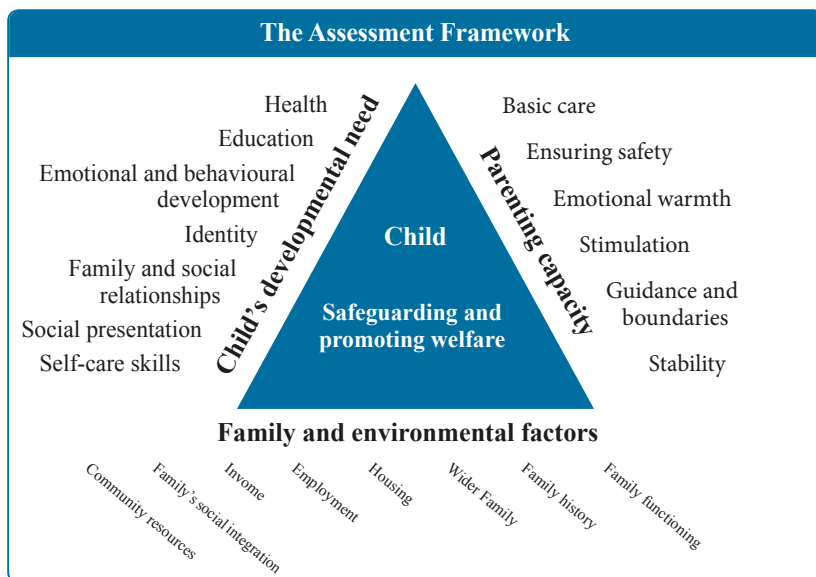
Рамка оценки (рис. 9) предоставляет концептуальную карту информации, которую должны собирать члены многопрофильной команды при оценке потребностей ребенка в развитии, способности их родителей удовлетворять эти потребности, а также факторов семьи и окружающей среды, которые влияют как на развитие детей, так и на возможности их родителей.

Рамка оценки основана на ряде принципов, которые подчеркивают центральную роль ребенка, что понимание развития ребенка имеет решающее значение для работы с детьми и их семьями, важность сотрудничества с детьми и их семьями, уделяя особое внимание выявлению сильных сторон, а также трудностей и влиянию факторов окружающей среды на способность родителей реагировать на потребности своих детей.

Рамка оценки

| Потребности детей в развитии | Способность воспитывать детей | Семейные факторы и факторы окружающей среды |
|--|--|--|
| Здоровье Образование Эмоциональное и поведенческое развитие Идентичность Отношение в семье и в обществе Социальная презентация Навыки ухода за собой | Базовый уход Обеспечение безопасности Моделирование Руководство и ограничения Стабильность | Ресурсы сообщества Социальная интеграция семьи Доход Трудоустройство Жилье Члены семьи История семьи Функционирование семьи |

Источник: Министерство здравоохранения и др., 2000. Рамка оценки нуждающихся детей и семей. Лондон: офис канцелярии.



Source: Department of Health et al. (2000) *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*. London: The Stationery Office

Рис. 9. Рамка оценки

Поэтому оценка должна учитывать три области: потребности ребенка в развитии; возможности родителей или лиц, осуществляющих уход, надлежащим образом реагировать; и более широкие семейные и экологические факторы (Департамент здравоохранения и др., 2000):

- **Потребности ребенка в развитии:**

Оценка того, что происходит с ребенком, требует, чтобы каждый аспект прогресса в развитии ребенка рассматривался в контексте возраста и стадии развития ребенка. Необходимо учитывать любую конкретную уязвимость, такую как неспособность к обучению или физическое состояние, и влияние, которое они могут оказать на прогресс в любом из аспектов развития. Следует также учитывать социальные и экологические факторы, препятствующие развитию ребенка, такие как ограниченный доступ для инвалидов и другие формы дискриминации. Дети, с которыми жестоко обращались, могут страдать от нарушений в своем развитии в результате полученных травм и/или последствий травмы, вызванной жестоким обращением с ними. Должно быть четкое понимание того, чего конкретный ребенок способен успешно достичь на каждом этапе развития, чтобы гарантировать, что у него или у нее есть возможность полностью реализовать свой потенциал.

- **Способность к воспитанию детей:**

Критически важным для здоровья и развития ребенка является способность родителей и лиц, осуществляющих уход, обеспечивать надлежащее и адекватное удовлетворение потребностей ребенка в области развития и умение адаптироваться к его или ее меняющимся потребностям с течением времени

- **Семейные факторы и факторы окружающей среды:**

Уход и воспитание детей происходит не в вакууме. Все члены семьи испытывают как положительное, так и отрицательное влияние остальных родственников в семье, региона проживания и социальных сетей. История семьи ребенка и отдельных членов семьи может оказать значительное влияние на ребенка и родителей. Целый ряд факторов окружающей среды может либо способствовать, либо препятствовать функционированию семьи.

Взаимодействие между этими тремя областями и то, как они влияют друг на друга, должны быть тщательно проанализированы, чтобы получить полную картину неудовлетворенных потребностей ребенка и определить наилучший ответ на них.

Ребенок и история семьи

При сборе и организации оценки информации о ребенке и его семье важно собирать информацию о прошлом, относящуюся к факторам, которые рассматриваются в каждом измерении и области. Это позволяет эксперту лучше понимать текущие проблемы и сложности при анализе собранной информации.

Система оценки в контексте обеспечения безопасности

Основное внимание в *Системе оценки* уделяется *всем* нуждающимся детям.

Это означает, что она имеет широкое применение в области социального обеспечения детей, в том числе с детьми-инвалидами. Это также полезно для понимания семейных условий, в которых может возникнуть значительный стресс, и, хотя потребности детей в области развития удовлетворяются достаточно хорошо, в конкретных областях существуют серьезные проблемы, которые негативно влияют на функционирование детей, поднимая вопросы о том, как удовлетворяются их потребности сейчас и как они, вероятно, будут удовлетворены в будущем.

Защита детей, живущих с травмами и насилием в семье: Руководство оценке на основе фактических данных, анализу и планированию мероприятий (Бентовим и др., 2009) и Система оценки и анализа защиты детей (SAAF) (Пиззи и др., 2016) дальнейшее развитие применения *Рамок оценки* для детей и молодежи в контексте безопасности.

SAAF опирается на Систему оценки и предназначена для того, чтобы помочь практикующим специалистам провести анализ уровня вреда, причиненного или, вероятно, который будет причинён ребенку; рисков повторного жестокого обращения или вероятности причинения вреда в будущем; перспектив успешного вмешательства в случаях, которые профессионалы считают сложными. Основное внимание в SAAF уделяется анализу и принятию решений, а также предоставлению практикующим специалистам возможности аргументировать свои обоснования, лежащие в основе их рекомендаций и решений. Барлоу и др. (2012) в своем системном обзоре моделей значительного ущерба оценили SAAF как «единственный из инструментов оценки семьи, которые мы установили, [который] включал оценку возможностей будущих изменений и того, как можно оценить успех или оценить иное».

Рандомизированное контрольное исследование результатов внедрения SAAF было проведено в шести местных органах власти Англии в течение двухлетнего периода (Макдональд et al., 2017). За это время сотрудники группы вмешательства прошли обучение использованию SAAF, и результаты их оценок были сопоставлены с результатами в контрольной группе. В исследовании приняли участие 12 899 детей из шести местных органов власти. Хотя в ходе исследования не было сделано четких выводов об эффективности SAAF, тем не менее, во всех местных органах власти заметно меньшая доля переданных детей стала объектом плана защиты детей в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой.

Вмешательство, основанное на фактических данных

После завершения тщательной оценки и систематического анализа, следующим этапом является планирование и проведение основанных на фактических данных мероприятий для удовлетворения выявленных потребностей ребенка и семьи и обеспечения безопасности ребенка от причинения ему вреда. Существует ряд видов вмешательств, основанных на фактических данных, которые были признаны эффективными для одного единственного вида жестокого обращения. В Великобритании руководство NICE по *жестокости обращения с детьми и безнадзорности* (2017) является полезным документом, включающим рабочие ссылки на ряд предыдущих руководящих принципов NICE и связанные с ними аспекты жестокого обращения с детьми. Руководство по вмешательству предлагает практикующим врачам и членам комиссии рассмотреть возможность использования около 15 основанных на фактических данных и описанных в руководстве подходов к конкретным формам жестокого обращения с детьми с точки зрения различных теоретических подходов (психодинамических, системных и когнитивно-поведенческих). Они должны быть доступны дома или в офисе, для

различных родительских отношений (при рождении ребенка в семье, в приемной семье или при усыновлении) и различных этапов развития детей. Подчеркивается важность обучения соответствующим подходам.

Эти подходы включают:

- Расширенная программа **Тройное П**, Министерство здравоохранения Великобритании **Программ здоровый ребенок и Родители, нуждающиеся в ранней помощи**
- **Вмешательства, основанные на привязанности**, например, **Преодоление привязанности и биологического поведения**, а также **психотерапия детей и родителей** в случае физического или эмоционального насилия или пренебрежения детьми в возрасте до 5 лет
- **Безопасный уход и терапия взаимодействия родителей и детей** при физическом или эмоциональном насилии или безнадзорности для детей в возрасте до 12 лет
- **Мультисистемная терапия для детей и жестокое обращение (ДОЛЖЕН-МОЖЕТ)** для подростков в возрасте от 10 до 17 лет
- **Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на травму, индивидуальная психоаналитическая терапия, групповые психотерапевтические и психолого-педагогические сеансы** для сексуального насилия, когда есть признаки тревоги, сексуального поведения или симптомов ПТСР PTSD.

В целом, это хорошо зарекомендовавшие себя подходы, которые будут полезны для служб, работающих с детьми в возрасте 0–5 лет, для детей, находящихся на попечении государства, а также детей и подростков, подвергшихся сексуальному насилию. Общеизвестно, что наиболее эффективные методы работы с детьми, подвергшимися жестокому обращению, основаны на различных теоретических моделях и концепциях. Однако, на практике внедрение такого сложного набора подходов, основанных на фактических данных, представляет значительную проблему для тех, кто разрабатывает план и для тех, кто обеспечивает его реализацию, поскольку как те, так и другие специалисты нуждаются в обучении и сопровождении при применении различных подходов.

В последнее время были высказаны опасения по поводу эффективности внедрения с использованием только руководств, включенных в руководящие принципы NICE. К ним относится тот факт, что большая часть исследований по эффективности руководств была проведена в США, как правило, по отдельным формам жестокого обращения. Недавний систематический обзор (Макдональд и др., 2016) пришел к выводу, что *«трудно сделать очень твердые выводы о том, какие меры вмешательства эффективны для каких детей, с каким жестоким обращением, в каких обстоятельствах»* и *«Большинство детей испытывают более чем одну форму жестокого обращения, и растет признание необходимости лучше учитывать особенности жестокого*

обращения с детьми в целях совершенствования политики и практики». Следовательно, для практикующих врачей ключевой вопрос: помогает ли и как помогает руководство NICE им выбирать меры вмешательства для детей, которые пострадали от более чем одной формы жестокого обращения?

Важным ограничением руководства NICE по жестокому обращению с детьми и безнадзорности (2017) является то, что, хотя эта проблема признана, в нем не содержится руководства по вмешательствам в сложные формы жестокого обращения, т.е. поливиктимизации или много-типного жестокого обращения. Это вызывает сожаление, учитывая множество данных клинической практики и исследований, а в последнее время и неврологии, которые расширили наше понимание сложных, индивидуальных потребностей этой группы детей и молодежи с сопутствующими заболеваниями (Сесил и др., 2016, 2017).

Это понимание не ново: более десяти лет назад Финкельхор и его коллеги (2007) ввели понятие *поливиктимизации* для описания многих детских переживаний, сопутствующих формам жестокого обращения. Они показали, что, начиная с 14-летнего возраста, совокупное внешнее поведение, межличностное насилие и буллинг распространились в Великобритании (Сесил и др., 2017). Недавние нейробиологические исследования жестокого обращения описывают биологические эффекты многотипного жестокого обращения, приводящие к *«токсическому стрессу»* и *«скрытой уязвимости»*, которые, в свою очередь, влияют на нормальное развитие мозга, память и внимание (Мак Крори и др., 2017).

Марчетт и Вайс (2017) обращают внимание на парадокс, заключающийся в том, что существует множество методик по очаговому лечению в области психического здоровья детей, которые внесли свой вклад в практическое применение, но которые не используются широко в повседневной практике из-за сосредоточения внимания на отдельных расстройствах, а не на реальных сопутствующих проблемах. У многих практикующих специалистов или организаций есть время или ресурсы, чтобы изучить другой подход для каждого расстройства или типа проблемы. Кроме того, в руководстве NICE мало говорится о том, как «ориентироваться» между различными подходами – психодинамическим, когнитивно-поведенческим и системным – для удовлетворения комплекса потребностей ребенка и семьи. Этот дефицит повышает риск неразберихи и путаницы, если практикующие врачи попытаются применить очаговое лечение одного вида жестокого обращения к другому виду жестокого обращения, которое требует другого подхода к лечению (Бентовим и др., 2018). Попытка использовать единый подход к жестокому обращению, описанный в руководстве NICE по жестокому обращению с детьми и безнадзорности, создаст много проблем для практиков, занимающихся случаями жестокого обращения

с несколькими типами. Другие, более подходящие подходы для сложных, сопутствующих заболеваний, описаны ниже.

Бентовим и Эллиот (2014) и Марчетт и Вайс (2017) обсудили эту проблему, описали возможное решение и внесли предложения по вмешательству. Марчетт и Вайс (2017) считают необходимым:

... разработка подходов к лечению (многофокусных, а не однофокусных), которые могут устранить многочисленные расстройства и проблемные области, используя преимущественно лечение, основанное на руководстве и подтверждающих данных, обеспечивая при этом большую гибкость для удовлетворения сложных потребностей молодежи и их семей (стр. 271).

Эти решения включают использование подходов к общим элементам, основанных на фактических данных, которые касаются различных форм психопатологии, путем объединения терапевтических процедур, обычно используемых для каждой из них (Чорпита и Вайс, 2009). Компоненты идентифицируются для выявления расстройств и проблем, сформированы в перечень лечебных процедур, и могут быть выбраны в соответствии с потребностями конкретного человека.

Общие элементы могут быть структурированы в виде отдельных модулей, независимых компонентов, которые могут быть собраны в различные комбинации разной длительности и последовательно связаны для решения многочисленных расстройств и проблем, возникающих в ходе лечения. Могут быть предоставлены рекомендации и блок-схемы, помогающие принимать решения о том, когда использовать какие модули.

Оригинальный *Модульный подход к детям с тревогой, депрессией, травмами и поведением* (MATCH – ADTC) Чорпита и Вайса (2009) был разработан как набор из практических элементов, основанных на фактических данных методов лечения для решения схожих проблем психического здоровья детей и молодежи. Они были интегрированы в короткие модули, которые во время лечения могут быть индивидуализированы с учетом потребностей ребенка и родителей. Подход MATCH превосходил руководство по очаговому лечению тревоги, депрессии и деструктивного поведения и превосходил клинические результаты и функциональные результаты (Чорпита и др., 2016). Программа MATCH-ADTC специально не ориентирована на жертв жестокого обращения и, следовательно, не включена в мероприятия, рассматриваемые в руководстве NICE. Однако, хотя в недавнем исследовании STEPS участвовало несколько детей и молодых людей, чьи главные проблемы, по оценке ребенка и опекуна, включали «травматический стресс» (17,4 %) и текущее «участие в обеспечении благополучия детей» (10 %), прямых вопросов о жестоком обращении с детьми и безнадзорности как специфических травмирующих факторах не задавалось (Чорпита и др., 2016, стр. 17). Следовательно,

в настоящее время неизвестно, могут ли положительные результаты использования MATCH с выборкой детей, отобранных по признаку «тревоги, депрессии, деструктивного поведения и/или травматического стресса» (там же, стр.17), быть воспроизведены с выборкой, отобранной специально для жестокого обращения с детьми и безнадзорности.

Несмотря на эти ограничения, подход MATCH-ADTC обеспечивает основу и формирует модель для многоцелевого подхода к работе со сложными случаями жестокого обращения с детьми, которая была разработана в Великобритании – ресурсы для вмешательства «Надежда для детей и семей» (Бентовим и Грей, 2016, 2017; 2018). Эти ресурсы предназначены для подготовки специалистов по предотвращению жестокого и пренебрежительного отношения родителей к детям и связанных с этим нарушений здоровья и развития детей и молодежи (Бентовим и Эллиот, 2014). Они имеют отношение к повседневной практике работы с детьми и семьями.

Ресурсы для вмешательства программа: «Надежда для детей и семей»

Ресурсы для вмешательства – программа «Надежда для детей и семей» – включает **общие терапевтические процедуры**, взятые из подходов, рекомендованных NICE, и других, основанных на фактических данных подходов, которые, как было доказано, являются эффективными (Бентовим и Эллиот, 2014). Эти элементы предназначены для родителей, детей, молодежи и семей. Они нацелены на *вовлечение и мотивацию; обеспечивают психолого-просветительскую работу о вредном воздействии жестокого обращения; понимание предыдущих и нынешних причин стресса в результате агрессивных действий; прерывание и изменение негативных процессов жестокого обращения и пренебрежения и их влияние путем описания травмы, а также способствуют позитивному воспитанию и устойчивости детей и молодежи* (там же, 2014).

Общие элементы были интегрированы в модули, а также в руководство по вмешательству, структурировали Систему оценки. Области и аспекты *Системы оценки нужд детей и их семей* (Департамент здравоохранения и др., 2000) обеспечивают основу для организации информации о ресурсах для вмешательства «Надежда для детей и семей». Каждое руководство посвящено соответствующей теме. Оно включает в себя модули вводной информации, пошаговое руководство по проведению вмешательства, основанного на фактических данных, сценарии, инструкции, мероприятия, раздаточные материалы для родителей и рабочие листы. Практикующие врачи могут выбирать подходы, соответствующие конкретным потребностям детей и семей, с которыми они работают.

В руководстве по вмешательству *Вовлечение и постановка целей* (Бентовим и др., 2018), содержится последовательность шагов, соответ-

ствующие тексты и бланки для заполнения детьми и родителями для того, чтобы помочь специалистам установить совместные цели для анализа, разработать план действий, укрепить надежды, определить, как следует отслеживать и измерять прогресс, и опишите последствия успеха или неудачи.

В четырех руководствах по вмешательству рассматривается работа с родителями в различных областях воспитания:

- *Содействие позитивному воспитанию детей* (Робертс, 2016)
- *Укрепление здоровья детей и молодежи, развитие и благополучие* (Бентовим, 2017а)
- *Поощрение привязанности, выработка отзывчивости и позитивных эмоциональных отношений* (Гатес и Петерс, 2017)
- *Модификация жестокого и пренебрежительного воспитания* (Бентовим, 2017б)

Модули в этих руководствах специально направлены на понимание более ранних и семейных стрессов, связанных с жестоким и пренебрежительным воспитанием детей; влияние жестокого обращения и пренебрежения на здоровье и развитие детей; остановку и изменение процессов жестокого обращения и пренебрежения, изменение негативного восприятия детей и повышение уровня ухода в невнимательной к детям семье.

Два руководства по вмешательству рассматривают работу с детьми и молодежью:

- *Работа с детьми и молодежью: Устранение эмоциональных и травматических реакций* (Виранмантри, 2016)
- *Работа с детьми и молодежью: Борьба с деструктивным поведением* (Элдридж, 2017)

Это основные руководства по работе с детьми и молодыми людьми, которые подверглись жестокому и пренебрежительному воспитанию. Посттравматические реакции, связанные с жестоким обращением, безнадзорностью и сложными нейробиологическими процессами, оказывают значительное влияние на развитие, физическое и психическое здоровье детей. В результате возникают эмоциональные и посттравматические реакции, которые накладываются друг на друга. На них необходимо реагировать с помощью ряда модулей, которые помогают практикующим специалистам работать с родителями и опекунами, чтобы развивать общие навыки детей и молодежи по управлению своими эмоциями, находить защиту и развивать способности к решению проблем. Специфическая тревога, настроение, реакции на причиненную травму и разрушительное поведение должны быть устранены после того, как будут освоены базовые навыки преодоления трудностей.

В одном руководстве по вмешательству рассматривается работа с семьями: работа с семьей как с группой, так и в различных сочетаниях является важным навыком для практикующих врачей. *Руководство*

по работе с семьями (Джолифф, 2016) помогает практикующим специалистам взаимодействовать с родителями и детьми вместе, чтобы облегчить общение родителей и детей, а также работать над тем, чтобы остановить конфликты и находить альтернативы внутри семьи, а также между родителями и обществом в целом.

В одном руководстве по *Работе с сексуальным насилием в отношении детей* (Элдридж, 2016) рассматривается работа с детьми и молодыми людьми, подвергшимися сексуальному насилию, и с их родителями/опекунами, а также с теми, в чьи обязанности входит уход за детьми или теми, кто проявляет вредное сексуальное поведение. Работа с сексуальным насилием в отношении детей является сложной задачей для практикующих врачей. Учитывая растущее обременение от сексуального насилия над детьми и сексуальной эксплуатации, крайне важно, чтобы практикующие специалисты развивали навыки оказания поддержки детям и молодым людям, которые подверглись сексуальному насилию и демонстрируют сексуально вредное поведение, часто в сочетании с другими формами жестокого обращения и неблагоприятными факторами, а также для поддержки их родителей.

Пилотное тестирование в Великобритании продемонстрировало ценность руководств и полезность элементов общей практики и модульного подхода для различных видов предоставления услуг детям и семьям (Грэй, 2015). Этот комплексный подход особенно ценен при работе со сложными, многотипными случаями жестокого обращения, когда есть сопутствующие заболевания у детей и факторы высокого риска в семьях являются нормой, а не исключением (Бентовим и Эллиот, 2014).

Семиэтапный процесс оценки, анализа, планирования и вмешательства

Следующие семь этапов, в соответствии с законодательным руководством по совместной работе защиты детей (Правительство Ее Величества, 2018), являются полезным подходом к организации процесса оценки, анализа, планирования и вмешательства при работе с детьми и семьями (Бентовим и др., 2018). Этапы изложены ниже:

- | |
|---|
| Этап 1: Определение направления и цели оценки |
| Этап 2: Сбор информации о потребностях ребенка в развитии, родительских способностях, семейных факторах и факторах окружающей среды |
| Этап 3: Организация использования информации Системы оценки и хронология |
| Этап 4: Анализ модели сильных сторон и трудностей |
| Этап 5: Выводы на основе системного анализа |
| Этап 6: Принятие решения и разработка плана вмешательства |
| Этап 7: Реализация плана мероприятий, отслеживание и анализ прогресса |

Этот процесс, от оценки и анализа до принятия решений, от планирования до вмешательства, от обзора до оценки эффективности, может быть применен ко всем детям и семьям, которые получают дополнительные услуги, а также там, где есть проблемы с защитой детей. Этот подход применим ко всем видам социальной помощи детям, здравоохранению, образованию, правосудию в отношении молодежи и смежным областям, организациям и службам.

Этап 1: Определение направления и цели оценки.

Этап 1 включает рассмотрение вопроса о том, подвергается ли ребенок непосредственному риску причинения вреда, рассмотрение справочной информации и определение направленности и целей оценки.

В Великобритании Руководство Национального института здравоохранения и клинического совершенства (НИЗиКС) по признанию жестокого обращения с детьми (2009) предоставляет основанные на фактических данных рекомендации для специалистов на этапе 1 – признание и реагирование на проблемы, связанные с безопасностью и благополучием детей. Ключевые аспекты этого руководства кратко изложены в таблице 17.

Таблица 17

Описание того, когда следует подразумевать и предполагать возможное жестокое обращение (НИЗиКС 2009)

Когда следует рассматривать или предполагать жестокое обращение

ПОДРАЗУМЕВАТЬ означает, что жестокое обращение является одним из возможных сигналов тревоги или включено в дифференциальный диагноз.

ПРЕДПОЛАГАТЬ означает серьезный уровень озабоченности возможностью жестокого обращения с ребенком, но не является доказательством этого.

Слушать и наблюдать

Примите во внимание всю ситуацию, происходящую с ребенком или молодым человеком. Источники информации, которые помогают сделать это, включают:

- Рассказ о жестоком обращении или получение данной информации от ребенка или молодого человека или третьей стороны
- Внешний вид, поведение или поведенческий симптом ребенка
- Физические признаки
- Результат расследования
- Взаимодействие между родителем или опекуном и ребенком или молодым человеком.

Ищите объяснения

- Запросите объяснение о появлении любой травмы как у родителя или опекуна, так и у ребенка или молодого человека
- Сопоставьте информацию, полученную со слов ребенка или молодого человека с наблюдениями за обычной деятельностью, состоянием здоровья (если данная информация доступна), возрастом, стадией развития или записью по сравнению с данными, полученными от родителей и опекунов
- Обратите внимание на непоследовательные объяснения родителей или опекунов, а также противоречивые объяснения в записях, полученных в разное время

ЗАПИСЬ

- Запишите в историю болезни ребенка или молодого человека, что именно он наблюдал и слышал, от кого и когда. Запишите, почему это вызывает беспокойство.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ на жестокое обращение с детьми

Если вы подозреваете жестокое обращение с детьми:

- Ищите другие тревожащие признаки жестокого обращения в истории взаимодействия ребенка или молодого человека с родителями/опекунами сейчас или в прошлом.
 - Обсудите свои проблемы с более опытным коллегой, местным педиатром, коллегой из службы охраны психического здоровья детей и подростков или специалистом по защите детей.
 - Соберите сопутствующую информацию от других учреждений и медицинских организаций.
 - Обеспечьте проверку ребенка или молодого человека в определенный день, выделенный вами для изучения интересующей вас проблемы.
- Обратите внимание на повторяющиеся или новые тревожащие признаки.

На любом этапе процесса рассмотрения жестокого обращения уровень вашей обеспокоенности может измениться: привести к исключению подозрений в жестоком обращении или, наоборот, усилить их.

ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ ПОДОЗРЕНИЯ в жестоком обращении с ребенком

- Если тревожащие признаки и проведенная вами проверка подтверждают ваши подозрения в жестоком обращении с детьми, направьте ребенка или подростка в социальную службу по уходу за детьми, следуя процедурам Местного совета по защите детей.

Исключение жестокого обращения с детьми

- Исключите жестокое обращение с детьми, если тревожащим признакам найдено подходящее объяснение. Это может быть решение после обсуждения вопроса с более опытным коллегой или сбора дополнительной информации в рамках рассмотрения вопроса о жестоком обращении с детьми.

Этап 2: Сбор информации о потребностях ребенка в развитии, родительских способностях, семейных факторах и факторах окружающей среды.

Подход к сбору информации должен быть систематическим, чтобы гарантировать, что данные, полученные в ходе оценки, являются адекватными по объему и хорошо подтвержденными, и что время как специалистов, так и семей используется эффективно. По мере сбора информации специалист может начать создавать хронологию важной информации.

Следует определить все соответствующие источники информации. В их число входят члены семьи, члены общества, специалисты или учреждения, которые занимались ребенком и семьей. Следует также подумать о сочетании членов семьи, которых можно было бы увидеть и в каких контекстах. Важно помнить, что полученный результат будет зависеть от сочетания отдельных людей и контекста. Например, различная информация будет получена при встрече с ребенком наедине, при собеседовании с родителями или при наблюдении за ними в их собственном доме, а не в школе.

Следует рассмотреть подходы, используемые для сбора информации. Они варьируются от рассмотрения существующих материалов дел и запросов отчетов от специалистов или учреждений, ранее участвовавших или участвующих в настоящее время в работе с семьей, до проведения собеседований, наблюдения, использования стандартизированных инструментов оценки и направления на специализированную оценку. Следующие стандартизированные инструменты оценки были заказаны правительством Великобритании для оказания помощи специалистам, работающим с детьми и семьями.

Семейный набор анкет и шкал (Кокс и Бентовим, 2000) помогает профессионально взглянуть на целый ряд различных аспектов потребностей ребенка в развитии, воспитания и факторов, связанных с индивидуальным благополучием и семейной жизнью. Они включают в себя:

- *Шкала благополучия подростков* (Берлесон, 1980), предназначенная для оценки подростковой депрессии
- *Опросник сильных и слабых сторон* (Гудман, 1997; Гудман и др., 1998), используемый для выявления эмоциональных и поведенческих трудностей у детей и молодежи
- *Шкала ежедневных хлопот родителей* (Крник и Гринберг, 1990; Крник и Бут, 1991), которая регистрирует уровень интенсивности 20 ежедневных родительских «хлопот», испытываемых теми, кто заботится о маленьких детях (например, проблемы во время еды, споры и плохое поведение в магазинах).

Частично структурированные подходы к оценке, такие как *Инвентаризация ДОМА* и *Оценка семьи*, аналогичны обычной повседневной практике. *Инвентаризация ДОМА* первоначально была разработана в качестве исследовательского инструмента в США (Колдуэлл и

Брэдди, 2001). Она оценивает качество воспитания и домашнюю обстановку, созданную для ребенка. В Английской версии был разработан частично структурированный график собеседований, подход к инвентаризации жилья в Великобритании (Кокс и др., 2008; Кокс и Волкер, 2002), чтобы помочь практикующим специалистам собрать соответствующую информацию для завершения оценки. Основное внимание в интервью уделяется определенному дню для ребенка и опекуна, а также повседневному быту ребенка, который влияет на его развитие. Инвентаризации были разработаны для четырех различных возрастных групп в возрасте от рождения до 15 лет. Существует также инвентаризация для детей с ограниченными возможностями.

Оценка семьи (Бентовим и Бингли Миллер, 2012) позволяет практикующим специалистам оценить функционирование семьи и семейные отношения, включая воспитание детей, а также влияние семейной истории. Она основана на модели семейной жизни и отношений, полученной из исследований, клинической практики и литературы по работе с семьями. Модель определяет три ключевые области, которые полезно оценить при попытке понять семейный контекст ребенка: характер семьи; организация семьи; семейная история.

Характер семьи касается семейного общения, эмоциональной жизни семьи, семейных союзов и семейной идентичности. *Организация семьи* включает в себя повседневные задачи, выполняемые семьями: *адаптивность семьи* (роли и обязанности, адаптация к семейной жизни, принятие решений и решение проблем, управление и разрешение конфликтов, а также управление отношениями с остальными членами семьи и обществом); воспитание детей (содействие развитию детей, характер привязанностей между детьми и их родителями, руководство детьми и уход за ними). *Семейная история* касается влияния прошлых значимых событий, обстоятельств и отношений на то, как члены семьи относятся друг к другу и как они выполняют семейные задачи.

На моем месте (Калам и др., 2000) – это подход к проведению интервью с использованием компьютера, который помогает детям общаться с профессионалами об их опыте, отношениях и чувствах в различных условиях, в которых они проводят свою жизнь. Программа особенно полезна в тех случаях, когда детям трудно разговаривать лицом к лицу или у них возникают языковые проблемы. Компьютерная программа представляет изображения, объединенные в тщательно структурированную серию модулей, предназначенных для облегчения общения о различных условиях, в которых живет ребенок, людях в этих условиях и их опыте общения с этими людьми, например, об их рождении или приемной семье, школе, досуговых мероприятиях или просто общении. Программа включает в себя модуль, предназначенный для того, чтобы помочь детям показать, какую физическую или

эмоциональную боль или ощущения они испытали, включая жестокое обращение. Этот подход открывает возможность откровенно поговорить с ребенком о ключевых событиях и дает ему «голос», позволяющий сформулировать свою точку зрения.

Этап 3: Соберите информацию, используя Систему оценки и хронологию.

Этап 3 включает в себя сбор информации из всех источников в хронологическом порядке, в соответствии с каждым измерением (областью) потребностей ребенка в развитии, родительских способностей, а также семейных факторов и факторов окружающей среды.

Как только информация собрана, следующим этапом является ее организация, чтобы выяснить, что известно, выявить важную информацию, которая еще не известна, чтобы обеспечить направление последующих надлежащих запросов и проведение интервью, а также подготовиться к анализу.

Затем практикующий врач может рассмотреть то, что известно о потребностях ребенка в развитии, и определить сильные стороны или выявить трудности ребенка в каждом из этих аспектов. Например, здоров ли ребенок или у него есть какие-либо проблемы со здоровьем? Если да, то каковы они? Каково качество их отношений со сверстниками? Как у них дела в школе? Достигают ли они в учебном плане того уровня, которого вы ожидаете для их возраста и стадии развития, или у них есть трудности с образованием? Если да, то каковы они? Соответствует ли уровень эмоционального и поведенческого развития ребенка тому, что вы ожидаете для его возраста? Проявляют ли они какие-либо эмоциональные или поведенческие трудности? Какую форму они принимают – например, депрессию, агрессивное поведение, замкнутость?

По завершении оценки дается базовая оценка потребностей ребенка в развитии, способности родителей реагировать на них, а также факторов семьи и факторов окружающей среды, которые оказывают влияние на них.

Этап 4: Анализ моделей сильных и слабых сторон.

Ресурсы вмешательства «Надежда для детей и семей» (Бентовим и Грей (ред.), 2016; 2017; 2018) и *Система оценки и анализа защиты детей* (Пицци и др., 2016) были разработаны для работы с сильными сторонами (факторы защиты и устойчивости) и слабыми сторонами (факторы риска и вреда), которые были выявлены в результате оценки и анализа. Анализ включает в себя изучение процессов и выработку гипотез или теорий о том, как отдельные элементы информации в каждом из разделов измерения влияют друг на друга, как внутри, так и между тремя областями (потребности ребенка в развитии, родительские способности, семья и факторы окружающей среды). Хронология нарушений или улучшений в здоровье и развитии ребенка, а также время событий или изменений (например, приезд отчима, начало ночного недержания мочи) также могут служить основой для гипотез.

Ниже приведены примеры вопросов, на которые следует ответить при изучении процессов и формировании гипотез или теорий:

- Как сильные и слабые стороны ребенка влияют друг на друга?
- Какое влияние ребенок оказывает на родителей и их способность быть родителями – например, на психическое здоровье родителей?
- Как сильные и слабые стороны воспитания влияют друг на друга?
- Как воспитание влияет на здоровье и развитие ребенка с точки зрения как устойчивости, так и защитных факторов, а также риска и вреда?
- Как семейные факторы и факторы окружающей среды напрямую влияют на родительские способности, здоровье и развитие ребенка?

Важно рассмотреть, какие процессы могли привести к этим сильным или слабым сторонам и что может поддерживать их (поддерживать их в рабочем состоянии). Это понимание может помочь предсказать, что может произойти в будущем. Далее необходимо рассмотреть отрицательное или положительное влияние процессов:

- Какими способами отдельные факторы, по-видимому, оказывают наибольшее влияние на здоровье и развитие ребенка или на процессы, которые, в свою очередь, влияют на них?
- Каковы наиболее эффективные защитные процессы, которые могли бы помочь смягчить любые трудности?

Базовый анализ содержит краткое описание сильных сторон (факторы защиты и устойчивости) и слабых (факторы риска и вреда) в каждой из трех областей системы оценки и может быть использован позже в процессе оценки результатов (были ли достигнуты положительные или отрицательные изменения).

Этап 5: Вынесение суждений на основе системного анализа.

Вынесение суждений об уже причиненном вреде и вероятности причинения вреда в будущем включает в себя:

- прогнозирование вероятных перспектив для ребенка, если ничего не изменится (системный анализ);
- определение перспектив успешного вмешательства.

Системный анализ

Системный анализ является одним из инструментов в *Системе Оценки и анализа защиты детей (СОАЗД)* (Пиззи и др., 2016). Цель системного анализа (Вирасекера, 1996; Бен Товим и др., 2009; Пиззи и др., 2016) состоит в том, чтобы рассмотреть вероятный прогноз для ребенка в том случае, если не произойдет изменений в системе семейных взаимодействий. Он объединяет выявленные факторы и процессы, что помогает выделить паттерны, касающиеся возможного причинения вреда ребенку, ухудшения его здоровья и развития, и вызывающие беспокойство. Также выделяются процессы и факторы, помогающие сохранению сильных сторон здоровья и развития ребенка, на основании которых ему может быть оказана поддержка (рисунок 10). Чтобы предсказать вероятные перспективы для ребенка, если ничего не изменится, необходимо учитывать процессы и серьезность их воздействия.

Системный анализ имеет в своей основе анализ текущего состояния здоровья, развития ребенка и нарушений, которые были определены в процессе оценки, факторы и процессы, которые привели к текущим нарушениям здоровья и развития, а также предрасполагающие факторы и процессы, которые повлияли на вероятность причинения вреда и защиты. Описаны причиняющие вред и поддерживающие факторы, процессы, которые способствуют сохранению текущей ситуации, что приводит к анализу вероятного исхода для ребенка, если ситуация останется неизменной. Примеры использования системного анализа приведены в примере с семьей Грин, который следует далее в этой главе.

Вероятный прогноз для ребенка: системный анализ паттернов, причиняющих вред и способствующих поддержке
(Веерасекера, 1996; Бентовим и др., 2009; Дункан и др., 2016; 2018)

Имя и возраст ребенка/юноши:



Стрелки представляют процессы, которые могут быть линейными или круговыми.

↔ В системном анализе важно определить процессы, а также факторы.

Имя и дата практикующего: © Обучение детей и семьи

Рис. 10. Вероятный прогноз для ребенка: системный анализ паттернов, причиняющих вред и способствующих поддержке

Определение перспективы успешного вмешательства

Определение перспектив успешного вмешательства требует понимания факторов и процессов, связанных с ориентацией родителей на ребенка (т.е. способности родителей распознавать, понимать,

признавать и брать на себя ответственность за трудности) и их их возможности к трансформации (т.е.их уровнем мотивации и способности к изменениям, а также их готовностью и способностью сотрудничать со специалистами и учреждениями).

После завершения системного анализа становится возможным определить, являются ли перспективы для ребенка и семьи положительными и есть ли хороший прогноз на основе ответов; или же прогноз плохой, и представляется крайне маловероятным, что будет ответ на вмешательство с требованием о более длительном альтернативном размещении ребенка, часто требующем постановления суда по семейным делам. Во многих случаях ситуация будет сомнительной, и потребует период вмешательства, как для проверки способности семьи удовлетворять потребности детей, так и для того, чтобы ребенку потребовался альтернативный уход. Соглашение может быть заключено непосредственно с семьей терапевтическим агентством в сотрудничестве со службами социального обеспечения/защиты детей и санкционировано постановлением суда.

В таблице 18 описаны факторы, связанные с обнадеживающим, сомнительным или неблагоприятным прогнозом изменений в результате вмешательства государства/агентств (Bentovim et al., 1987; Jones, 1998).

Таблица 18

Факторы, связанные с типом прогноза

Обнадеживающий прогноз для достижения изменений

Ребенок, подвергшийся жестокому обращению, вредоносному воздействию средней тяжести

Благоприятная возможность изменений в течение срока, установленного для ребенка

Разумная степень ответственности, которую берут на себя родители/опекуны

Разумная гибкость взаимоотношений

Рациональный баланс сильных сторон и трудностей семьи

Способность к индивидуальным изменениям при наличии средств и ресурсов

Не слишком негативное отношение к профессионалам

Сомнительный прогноз для достижения изменений

Неуверенность в том, могут ли быть достигнуты изменения или нет в течение срока, отведенного ребенку

Неопределенность в отношении степени взятой на себя ответственности

Неуверенность в перспективах совместной работы

Плохой прогноз изменений

Ребенок, подвергающийся серьезному жестокому обращению и вредоносному воздействию

Неспособность родителей/опекунов взять на себя ответственность

Значительные семейные трудности с небольшим количеством сильных сторон

Тяжелая родительская патология, расстройство личности или уровень зависимости, который подразумевает невозможность внесения изменений в сроки развития ребенка

Ресурсы, недоступные для вмешательства, учитывая серьезность ситуации

Негативное отношение к профессионалам

Этап 6: Принятие решений и разработка плана вмешательства.

Необходимо будет принять решения относительно плана вмешательства, последовательности вмешательств и того, как определить, был ли результат вмешательств успешным или нет.

Разработайте план вмешательства, учитывающий вероятность достижения достаточных изменений в течение периода развития ребенка.

В небольшом числе случаев может быть принято решение о том, что за ребенком нельзя безопасно ухаживать в его или ее семье, и соответственно разрабатывается план вмешательства. В большинстве случаев план вмешательства будет основываться на анализе моделей ухудшения или вероятного ухудшения здоровья и развития ребенка/причинения вреда или способствующих поддержке, а также воздействия процессов (этапы 4 и 5), что приводит к гипотезам о вмешательствах, направленных на укрепление здоровья и развития ребенка. Например, гипотеза может заключаться в том, что чрезмерное употребление алкоголя матерью связано с плохим базовым уходом, что, в свою очередь, связано с плохим здоровьем ребенка и частыми прогулами в школе. В этих обстоятельствах ожидается, что успешное вмешательство, направленное на лечение алкоголизма матери (семейный анамнез и функционирование), приведет к улучшению уровня гигиены в доме и рациона питания (базовый уход) и, следовательно, к уменьшению числа простуд и инфекций, которыми страдает ребенок (здоровье), а также к посещаемости и концентрации ребенка в школе (образование).

Решите, какой должна быть последовательность вмешательств, чтобы наилучшим образом удовлетворит потребности ребенка и семьи.

При разработке плана вмешательства полезно рассмотреть планы для каждой области воспитания с точки зрения предоставления базового

ухода, обеспечения безопасности, обеспечения эмоционального тепла, стимулирования, руководства и границ, а также обеспечения стабильности, конкретных потребностей детей и родителей как отдельных лиц. Полезно рассмотреть следующие вопросы:

- Какие меры необходимы для обеспечения безопасности и максимального улучшения здоровья и развития ребенка?
- Какие варианты вмешательств могут:
 - помочь поддержать сильные стороны в здоровье и развитии ребенка и/или;
 - помочь уменьшить нарушения в здоровье и развитии ребенка?

Планы должны основываться на ресурсах, фактически имеющихся в данной области, и основываться на практической реальности. Поэтому основное внимание уделяется тому, что доступно, а не тому, что, по мнению специалиста, проводящего оценку, должно быть доступно в той области, в которой он работает. Следующий вопрос заключается в том, с какими из этих доступных ресурсов и подходов ребенок и семья с наибольшей вероятностью будут сотрудничать или взаимодействовать? Нет особого смысла предлагать меры вмешательства, которые ребенок и семья могут с трудом понять или у которых будет мало мотивации для участия. Некоторые мероприятия, скорее всего, принесут немедленные выгоды, в то время как другие могут потребовать времени. Например, практическая помощь может принести немедленную пользу; семейная терапия, скорее всего, потребует времени.

Также важно продумать, какая последовательность вмешательств наилучшим образом удовлетворит потребности ребенка и семьи. Слишком часто семьям предлагается несколько вариантов вмешательств, чтобы взаимодействовать с ними и бороться с ними. Более эффективное использование ресурсов и более управляемое для семьи – ограничить количество вмешательств и проводить их в последовательности, которая имеет смысл для ребенка, семьи и практикующего врача. Возможно, некоторые мероприятия должны быть приоритетными по сравнению с другими. Опыт показывает, что успех в одном вмешательстве, скорее всего, принесет пользу в других областях.

В зависимости от серьезности ситуации, в которой находится ребенок, следует задать вопросы о том, может ли разрабатываемый план вмешательства быть реализован в периоде развития ребенка. Как правило, чем младше ребенок, тем короче будут сроки его развития, учитывая его потребность в установлении постоянных привязанностей в ранние годы. Чем сильнее вред нанесен здоровью и развитию ребенка, тем короче этот период, учитывая настоятельную необходимость обеспечения максимального развития.

Ресурсы вмешательства по программе «Надежда для детей и семей»

Ресурсы для вмешательства программы «Надежда для детей и семей» (Бентовим и Грей (ред.), 2016; 2017; 2018), описанные ранее, обеспечивают подход к вмешательству, который соответствует выявленным потребностям детей, родителей и семьи и может быть скорректирован с учетом меняющихся ответных мер. **На рисунке 11** показаны потенциальные области для вмешательства, связанные с областями рамок оценки, с использованием модулей из ресурсов «Надежда для детей и семей». Подробное применение этого подхода представлено в примере семьи Грин, который следует в этой главе.

Потенциальные области для вмешательства



Рис. 11. Потенциальные области для вмешательства

Показатели достижения запланированных результатов

Чтобы узнать, был ли план вмешательства успешным или нет, в нем должны быть описаны ожидаемые результаты. Измерительные инструменты для оценки достигнутых изменений должны быть определены для каждого результата, чтобы показать, были ли мероприятия успешными. Это могут быть стандартизированные методики, такие как инструменты оценки, описанные на этапе 2, например, *Семейный набор вопросников и шкал* (Кокс и Бентовим, 2000); другие показатели, такие как Эдинбургская шкала послеродовой депрессии, диаграммы роста ВОЗ в Великобритании, тесты на интеллект и интервью о стиле привязанности (Бифулько, 2003; Бифулько и др., 2008). Измерительные инструменты могут применяться при условии их определения в рабочем порядке таким образом, чтобы их можно было воспроизводить с течением времени или использовать сопоставимым образом различными специалистами-практиками, проводящими оценки.

Этап 7: Реализация плана мероприятий, мониторинг и анализ прогресса.

Реализация плана вмешательства включает проведение базовых оценок с использованием определенных измерительных инструментов, проведение вмешательства, мониторинг хода вмешательства и его корректировку по мере необходимости, повторение оценок с использованием определенных измерительных инструментов для оценки изменений и анализа того, в какой степени и была ли реализация плана вмешательства успешной.

Конкретный пример.

Работа с сексуальным насилием: семья Грин

Генограмма семьи Грин (рис. 12) иллюстрирует семью из четырех детей, в которой старший ребенок, Чарли, подверг сексуальному насилию свою сестру Сару и двух младших братьев (Бентовим, Грей и Пиззи, 2019). Семья Грин характеризуется родительским конфликтом, связанным с замкнутостью и депрессией, серьезным пренебрежением и ожиданием, что старший брат или сестра будут заботиться о младшем, инициирующем неподобающее сексуальное поведение.

Первоначальные опасения по поводу семьи возникли в результате плохой посещаемости школы и все более небрежного внешнего вида детей. Первоначальные оценки – **этап 2** – показали, что семья характеризовалась историей разумного базового ухода, но в последнее время наблюдался высокий уровень конфликтов между родителями, растущий уровень родительской депрессии и отчуждения, растущая безнадзорность и хаос в доме, пропуск школы. От Чарли ожидалось, что он возьмет на себя родительскую роль, и, учитывая этот «авторитет»,

он начал действия сексуального характера с тремя младшими детьми. Сара демонстрировала сексуализированные ответы в школе, что привело к вопросам о проблеме оценки семейной ситуации и защиты детей. Уровень сексуального возбуждения Чарли и Дэвида, а также уровень сексуального поведения между детьми были интенсивными, и их родители не могли контролировать ситуацию. Из-за высокого уровня риска немедленная реакция состояла в том, чтобы поместить Чарли с одним из членов семьи, Дэвида поместили в приемную семью, а двое младших детей остались дома с родителями, до завершения дальнейшей оценки.

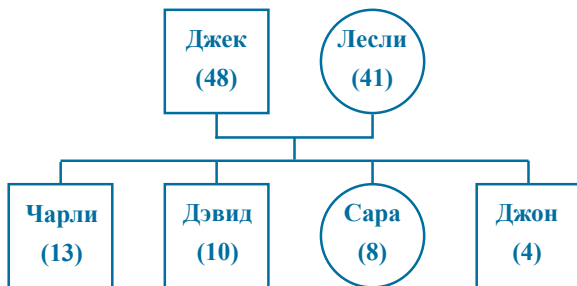


Рис. 12. Генограмма семьи Гривов

Анализ структуры сильных сторон и трудностей (**этап 4**) был проведен отдельно для Чарли и Сары (и двух других братьев и сестер). Выявление сильных сторон и трудностей во всех аспектах и любых нарушений здоровья и развития каждого ребенка позволило практикующему врачу заполнить анкету каждого ребенка, которая продемонстрировала спектр вредных воздействий, трудностей в воспитании, индивидуальных и семейных проблем, влияющих на каждого ребенка, и показала целостную картину сильных сторон и трудностей каждого ребенка.

Практикующий врач может использовать описания измерений в рамках оценки для изложения своих наблюдений, а также диаграммы на рисунках 13 и 14, представленных ниже, для описания сильных сторон (факторы защиты и устойчивости) и трудностей (факторы риска и вреда) (Пиззи и др., 2016).

Способность к воспитанию детей

Основной уход

- Плохое предоставление базового ухода
- Уход неорганизованный, ненадлежащий, неэффективный, небрежный, неподходящая одежда, отсутствие времени приема пищи, неудачные визиты к врачу, отсутствие расписания дня, родители не работают вместе
- В прошлом — хорошо организованный уход, оказываемый матерью при поддержке ее семьи

Обеспечение безопасности

- Несмотря на осведомленность о неподходящем сексуальном поведении Чарли, родители ожидают, что Чарли будет оказывать родительскую заботу Саре
- Ребенок находится в зависимости от ухода, наблюдается конфликт между родителями, наблюдается подавленное состояние, уход в себя, отужденность
- Отсутствие палатра, аккредитированное сексуальное поведение Чарли является, но не контролируется

Эмоциональная работа

- Отсутствие теплоты и понимания, нарушение привязанности
- Мать дает отрицательные положительные ответы Саре

Развитие

- Минимальные взаимодействия, неспособность поддерживать образование Сары, обеспечить регулярные посещения школы

Руководство и границы

- Неопределенное, отсутствие границ, игнорирование сексуального поведения, неподходящие правила, вербальные меры

Стабильность

- История улучшения отношений, эскалации семейных конфликтов, усиления конфликтов в парях, болезненного расставания, отуждения, хаотичного функционирования

СПОСОБНОСТИ К ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ

ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА В РАЗВИТИИ

Обеспечение ДЕТЕЙ жильем и содействие социальному благополучию

ФАКТОРЫ СЕМЬИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Семейные и Средовые факторы

Светлая история

- Мать с детства чувствовала защиту семьи, которая продолжала оказывать ей поддержку, и ее родительские навыки не получили развития в полной мере
- Отец испытал в детстве лишения, одиночество и социальную изоляцию
- Нарастающий конфликт между родителями привел к разногласиям по поводу участия членов расширенной семьи в их семейной жизни, депрессия, сепарация и отдаление от членов расширенной семьи (бабушек, дедушек)

Функционирование семьи

- Неразрешенные споры, нестерпимые панические реакции, разочарование, хаотичность, пренебрежение, растущие ожидания того, что Чарли возьмет на себя родительскую заботу, о своих младших братьях и сестрах Дэвиде, Саре и Джоне.
- Мать полагалась и замкнута
- Мать без поддержки
- Отец не принимает участия в заботе о детях

Расширенная семья

- Расширенная семья матери, выполняющая ключевую поддерживающую функцию, отдалась.

Жилье

- Постоянное место проживания, состояние жилища: грязное, неухоженное, неприглядное, бедное, груда грязной одежды, ухулаженное состояние дома

Трудоустройство

- Работа отца обеспечивала достаточный доход

Социальная интеграция семьи

- Изолированная, неинтегрированная семья, отсутствие общественных отношений

Ресурсы сообщества

- Общественные учреждения оказывают интенсивную поддержку, но с ограниченными возможностями

Потребности ребенка в развитии – Сара

Здоровье

- Низкая видимость роста растущего ребенка, отсутствие адекватной медицинской помощи, ребенок грязный, неопрятный
- История ухудшения ухода

Образование

- Плохая посещаемость и успеваемость в школе
- Сара хочет учиться

Эмоциональное и поведенческое развитие

- Ребенок несчастен и замкнут, ищет утешения у матери, несмотря на ее замкнутость и депрессию
- Наблюдается повышенное возбуждение, травматические симптомы, плохой сон, ибсатание отца

Идентичность

- Сара проявляет стойкость, ищет поддержки, хочет учиться, дружелюбна

Семейные и социальные отношения

- Организованные сексуальные действия между братьями и сестрами
- Демонстрация сексуального поведения с детьми в школе
- Отвержение в школе из-за сексуального поведения

Социальная презентация

- Плохо одета, неподходящая одежда, заурочный внешний вид, чрезмерно дружелюбная

Навыки ухода за собой

- Ограниченные навыки ухода за собой

Рис. 13. Профиль Сары

Способность к воспитанию детей

Основной уход

- Плохое представление базовой медицинской помощи
- Уход неорганизованный, ненадлежащий, неэффективный, небезопасный, неподходящая одежда, отсутствие времени приема пищи, неудачные визиты к врачу, отсутствие распорядка дня, родители не работают вместе
- В прошлом — хорошо организованный уход, оказываемый матерью при поддержке ее семьи

Обеспечение безопасности

- Несмотря на осведомленность о неподобающих сексуальных поведении Чарли, родители считают, что Чарли будет оказывать родителям свою заботу Саре
- Ребенок находится в зависимости от успешного исхода конфликта между родителями, поддается подавленному состоянию, уходит в себя, отлучается
- Отсутствие надзора, эксплуататорское сексуальное поведение Чарли главному, но не контролируется

Эмоциональная забота

- Отсутствие теплоты и понимания, нарушение привязанности
- Мать отвергла Чарли, отец поддерживает дружеские отношения

Развитие

- Минимальные взаимодействия, неспособность поддержать образование Чарли, посещение школы полагать регулярное посещение школы

Руководство и границы

- Недоволенность, отсутствие границ, игнорирование сексуального поведения, непоследовательные правила, враждебные меры

Стабильность

- Отец суков и накаывает (карательный)
- История ухудшения отношений, эскалация семейных конфликтов, эскалация конфликтов в парке, болезненных расставаний, ухода, запугивания функционирования

СПОСОБНОСТИ К ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ

Обеспечение ДЕТЕЙ жильем и социальную благополучию

ФАКТОРЫ СЕМЬИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Семейные и Средовые факторы

- **Семейная история:** Мать с детства чувствовала защиту семьи, которая продолжала оказывать ей поддержку, и ее родительские навыки не получили развития в полной мере
- Отец пытался в детстве лишиться, одиночество и социальную изоляцию
- Нарастающий конфликт между родителями из-за разногласий по поводу участия членов расширенной семьи в их семейной жизни, депрессия, сепарация и отдаление от членов расширенной семьи (бабушек, дедушек)

Функционирование семьи

- Мать без поддержки
- Отец, не участвующий в уходе за детьми
- Переархивные споры, нетерпимые гневные реакции, разочарование, хаотичность, пренебрежение, растущие ожидания от Чарли заботы о младших братьях и сестрах

Расширенная семья

- Расширенная семья матери, выполняющая ключевую поддерживающую функцию, отдалена

Жилье

- Постоянное место проживания, состояние жилища: грязное, неухоженное, неприглядное, бедное, грязь, грязная одежда, ухудшающееся состояние дома

Трудоустройство

- Работа отца обеспечивала достаточный доход

Социальная интеграция семьи

- Изолированная, неинтегрированная семья, отсутствие общественных отношений

Ресурсы сообщества

- Обязательные учреждения оказывают интенсивную поддержку, но с ограниченными воздействиям

Потребности ребенка в развитии

Здоровье

- Невладе свидетельства растущего пренебрежения, плохого ухода, отсутствия медицинской помощи, постоянных простудных заболеваний
- История ухудшения ухода

Образование

- Плохая посещаемость и успеваемость в школе, исключительства, исключение, отсутствие друзей

Эмоциональные и поведенческое развитие

- Несчастный, злой, провокационный, сексуально возбужденный, эксплуататорский, лишний, эмпирический, черствый, бесстрашный

Идентичность

- Отчужденность, издевательства

Семейные и социальные отношения

- Жестовое обращение, родительское доверие, похваление с братом и сестрами, дезориентированные, избитые привязанности, контроль, вовлечение братьев и сестер в сексуальную деятельность и создание своеобразной банды

Социальная презентация

- Плохо одет, неподходящая бесцветная одежда, грязный, неопрятный, запущенный внешний вид, неряшливый, плохие социальные навыки

Навыки ухода за собой

- Ограниченные навыки самообслуживания, ожидается, что он будет заботиться о братьях и сестре

Рис. 14. Профиль Чарли

В семье Грин есть свидетельства более раннего разумного функционирования, поддерживаемого врасширенной семьей матери и стабильной ситуацией в семье. Растущий конфликт и проблемы с психическим здоровьем родителей, последующий уход от родительских обязанностей и ожидания, что Чарли возьмет на себя эту роль, привели к отсутствию необходимой родительской заботы. Изоляция семьи и отсутствие поддержки со стороны сверстников и школы привели к тому, что сексуальное развитие Чарли в подростковом возрасте спровоцировало его на сексуальные действия в отношении братьев и сестры, и, хотя его родители знали об этом, они не предприняли никаких превентивных мер.

Вынесение суждений на основе системного анализа

Проанализировав структуру сильных сторон и трудностей, следующим этапом является проведение системного анализа (этап 5). Там, где есть опасения по поводу сексуального насилия, как в семье Грин, практикующим врачам необходимо учитывать:

Текущее состояние здоровья и развития ребенка, включая вред и нарушения в развитии.

Это включает в себя анализ негативных факторов на ребенка, влияние которых он испытал и испытывает, например, наличие симптомов посттравматического стресса, а также актуального состояния здоровья и уровня развития ребенка.

Предрасполагающие факторы

Родители или старшие братья и сестры, подвергшиеся сексуальному насилию и подвергшиеся насилию в семье и отвержению, подвержены вероятности формирования склонности к сексуальному насилию. Способность к воспитанию может характеризоваться значительными трудностями в ключевых областях, например, поддержание безопасности внутри и вне дома, обеспечение эмоционального тепла и поддержание границ и поведения. Родители или старшие братья и сестры, подвергшиеся сексуальному насилию, и такие дети, как Чарли, которым даны родительские полномочия, подразумевают нарушение границы между поколениями. Присутствие небезопасных людей в качестве партнеров или в окружении, являющихся женщинами и/или имеющих определенную степень неспособности к обучению, может способствовать этому.

Запускающие или провоцирующие факторы. Существуют провоцирующие или запускающие факторы, которые могут быть связаны с изменениями в функционировании или развитии ребенка, например, ребенок вступает в половую зрелость, болезнь матери изменяет динамику семьи – меняется характер отношений с отцом. Присутствие нового партнера, разрыв отношений, вызывающий стресс у одинокого родителя, может вызвать трудности в обеспечении надлежащей безопасности,

защиты или стабильности, подвергая ребенка или молодого человека риску сексуального насилия внутри семьи или за ее пределами.

Описание нежелательных реакций

Факторы поддержания ассоциируются с продолжением и усилением негативных факторов и циклических процессов, связанных с каждой областью оценки. Восприятие ребенка или молодого человека как виновного в сексуальных побуждениях преступника поддерживает жестокие действия. Злоупотребление наркотиками и алкоголем повышает импульсивность поведения и снижает возможности родителей по защите. Использование угроз причинения вреда другим детям или связанное с этим насилие препятствует раскрытию информации. Обвиняющее отношение преступника, уход за детьми и молодыми людьми, использование порнографии или поощрения, а также требования к секретности вызывают чувство вины и подчинение.

Отвержение и недоверие со стороны опекунов поддерживают действия сексуального характера и усиливают скрытность. Нежелание рассказывать профессионалам о сексуальном насилии в сочетании с отрицанием со стороны родителей и диссоциированными травматическими реакциями может помешать признанию жестокого обращения и препятствовать дальнейшему общению.

Защитные факторы будут включать вовлечение детей и молодежи в профилактическую работу и поддержку в информировании о нежелательных сексуальных действиях. Вера и поддержка со стороны заботливого родителя, который может поверить, что его ребенку может быть причинен вред, и который обладает достаточной независимостью, чтобы не верить в отказ партнера, и не быть запуганным угрозами физического насилия или угрозами членовредительства, являются защитными. Роль поддержки расширенной семьи может быть важной, например, бабушки и дедушки, которые обеспечивают временный уход. Необходима открытость для признания действий, связанных с сексуальным насилием, и обращения за помощью к службам и ресурсам сообщества.

Прогнозирование вероятного будущего здоровья и развития ребенка

Прогнозирование включает в себя рассмотрение перспектив ребенка в будущем, если ситуация останется неизменной. Полезно взглянуть на это в краткосрочной перспективе, а затем в долгосрочной перспективе.

На рисунках 15 и 16 ниже представлен системный анализ Сары и Чарли соответственно – и продемонстрирован долгосрочный риск усиления виктимизации Сары и увеличения числа случаев сексуального насилия со стороны Чарли.

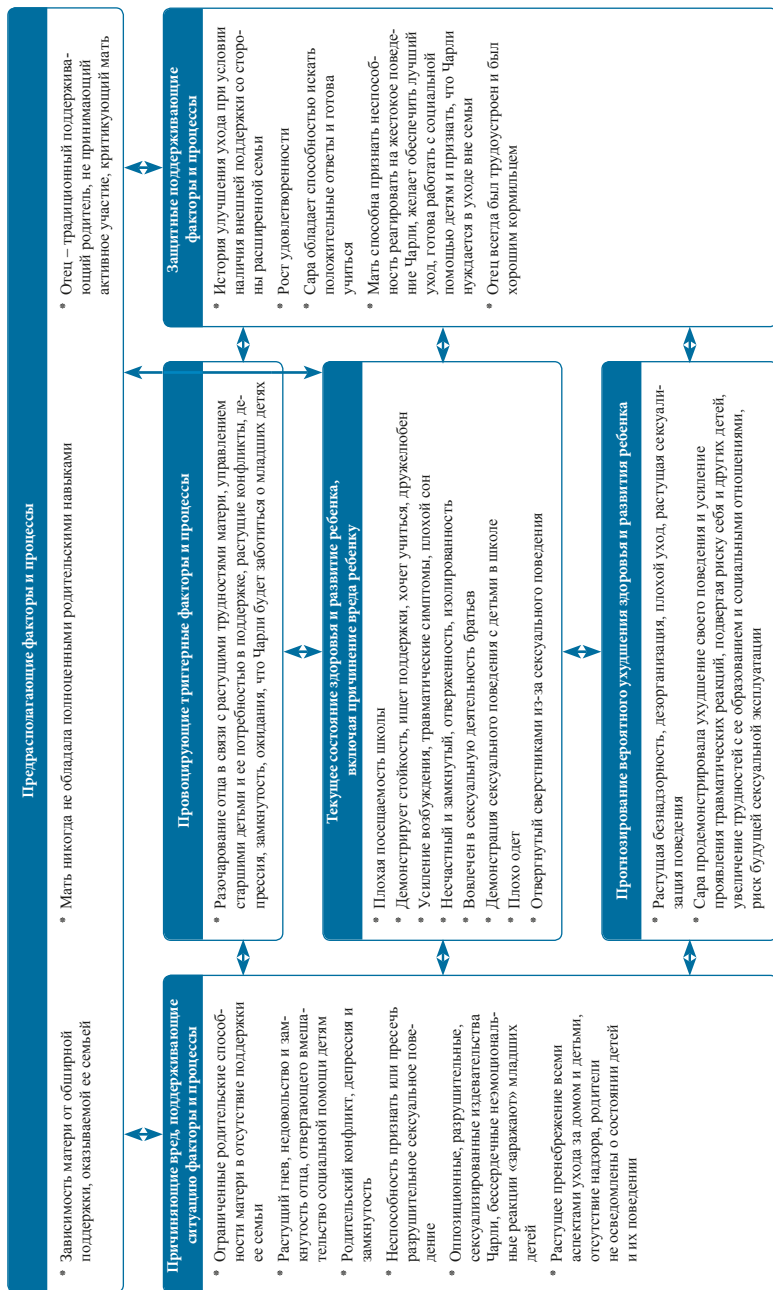


Рис. 15. Системная структура: Сара Грин

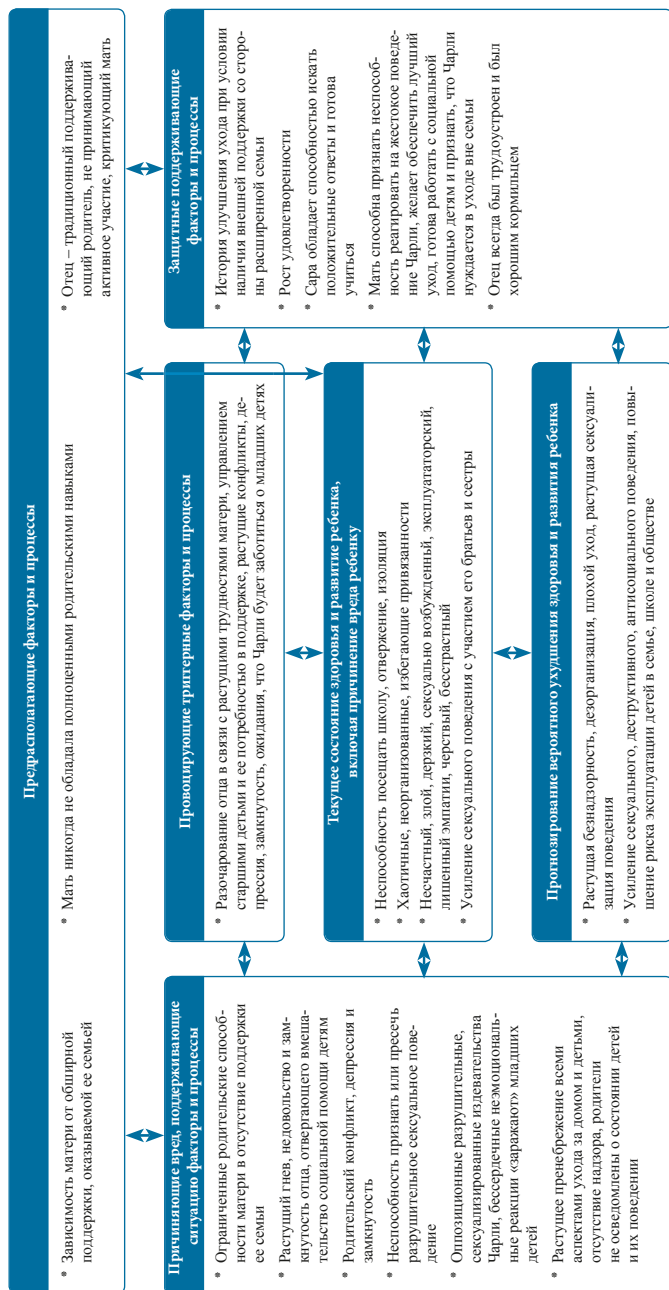


Рис. 16. Системная структура: Чарли Грин

Определение прогноза изменений

Перспективы успешного вмешательства включают в себя рассмотрение:

- характера вреда, причиненного ребенку или молодому человеку – насколько далеко зашло жестокое обращение, а также желаний и чувств ребенка или подростка;
- ориентированности родителей на ребенка по следующим показателям:
 - здоровье и развитие ребенка, любой причиненный вред и его влияние;
 - способность к воспитанию детей – необходимость изменить и усилить защиту?
 - индивидуальные, семейные и окружающие факторы и процессы, а также то, как их необходимо регулировать, чтобы помочь ребенку в будущем.
- способности родителей менять свое поведение, т.е. уровня мотивации и возможностей родителей – насколько велики одновременно желание обратиться за помощью для преодоления трудностей и потенциал откликнуться на помощь, если она доступна, измениться;
- способности родителей сотрудничать с профессионалами и агентствами.

Эта информация может быть выражена в виде рейтинга или качественно (Пиззи и др., 2016).

На план ухода за ребенком будет влиять риск повторного жестокого обращения с ребенком или вероятность причинения ребенку вреда в будущем, а также перспективы вмешательства.

Общая перспектива является достаточно обнадеживающей, если риск повторного жестокого обращения со стороны правонарушителя – взрослого или ребенка – являются низкими или умеренными, существует защита и уровень травматических реакций снизился, а также есть хорошие перспективы для вмешательства. Часто возникает определенная степень сомнения в перспективах, поскольку, например, хотя риск повторного жестокого обращения невелик, могут быть значительные сомнения как в способности родителей создать безопасные условия, так и в возможности правонарушителя вмешаться в интервенцию и извлечь из этого выгоду. Общий прогноз неблагоприятен, если риск повторного жестокого обращения со стороны преступника высок, травматическое воздействие значительно, а перспективы вмешательства настолько ограничены, что крайне маловероятно, что для ребенка могут быть созданы безопасные условия. Это означает, что необходим план для долгосрочных постоянных альтернативных мер по уходу за ребенком.

Разработка и реализация плана вмешательства (этап 6)

Первоочередной задачей в плане вмешательства является обеспечение безопасности детей. Решения, принятые для семьи Грин, включали

размещение Чарли и Дэвида в разных условиях, которые могли бы помочь Чарли противостоять его сексуально вредному поведению и обеспечить удовлетворительную посещаемость школы Дэвидом. Сара и Джон должны были продолжать жить со своей матерью при активной поддержке, направленной на обеспечение качественного ухода и развития для обоих детей, а также помощи Саре оправиться от сексуального насилия, которому она подверглась. Отец согласился жить отдельно, чтобы уменьшить пагубные последствия родительских разногласий, но продолжать поддерживать семью. Совместная работа была запланирована между службой социальной помощи и терапевтическим агентством.

План вмешательства разрабатывается в сотрудничестве с ребенком и семьей. В нем должно быть указано, какие виды работ будут выполняться, с кем и какими специалистами. Работа с детьми и молодыми людьми, подвергшимися сексуальному насилию, родителями, не совершающими насилия, с преступниками – взрослыми и детьми – и семьей является сложной задачей. Анализ того, что помогает практикующему врачу реагировать на сложные потребности, как правило, фокусируется на отдельных элементах – например, обширные исследования когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на травмы (Коэн и др., 2004), для работы с жертвами сексуального насилия и поддерживающими родителями; использование мультисистемной работы с молодыми людьми, которые проявляют сексуальное поведение, причиняющее вред (Летурно и др., 2009). Однако, как и в случае с семьей Грин, с этим часто связаны пренебрежение, эмоциональное насилие и серьезные трудности в воспитании детей, которые необходимо решать, и воздействие на здоровье и развитие детей может быть значительным. На рисунке 17 представлен обзор потенциальных областей вмешательства для Чарли и Сары с использованием метода «Надежда для детей и семей».

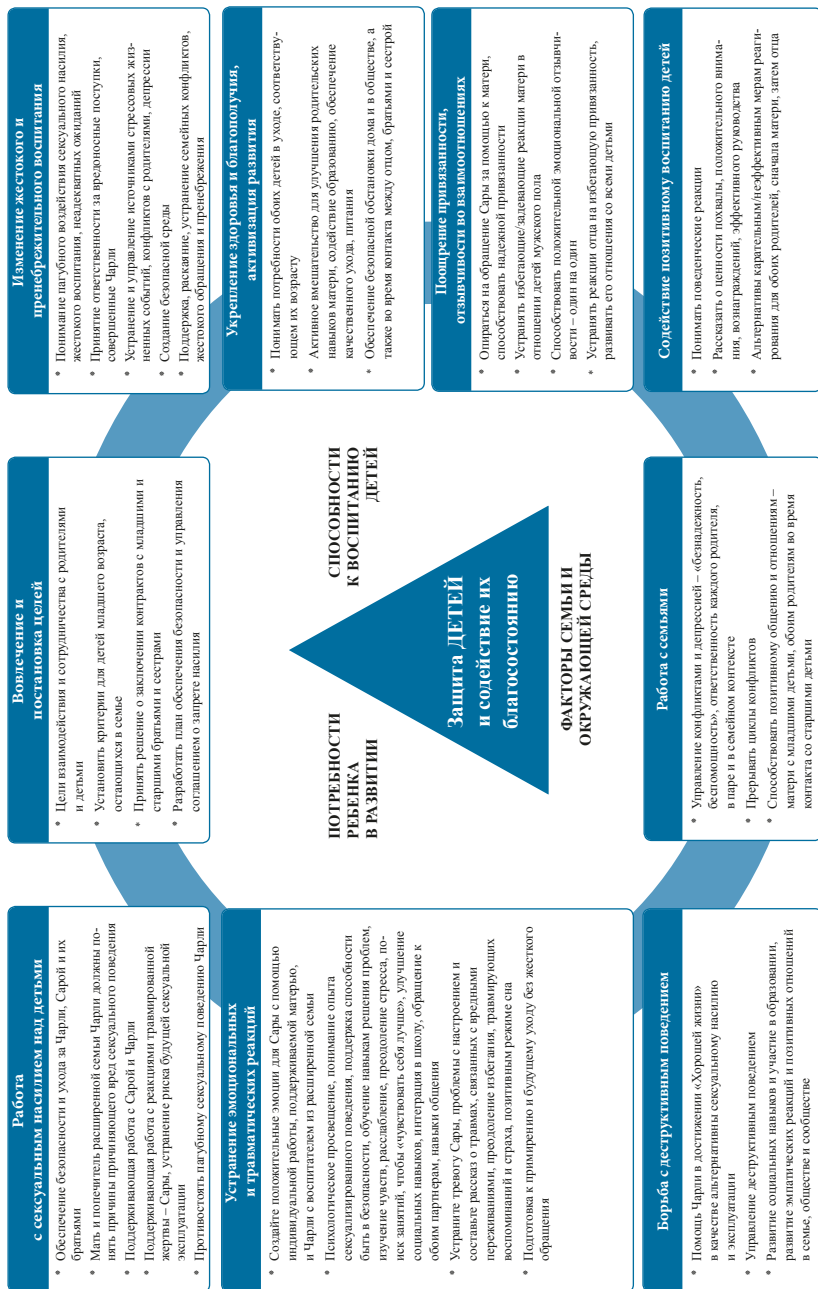


Рис. 17. Семья Грин: потенциальные области для вмешательства

Удовлетворение потребностей ребенка, подвергшегося сексуальному насилию

Когда ребенок подвергся сексуальному насилию, важно защитить ребенка, увеличить социальную поддержку, доступную ребенку и его семье, определить их потребности путем комплексной оценки и лечить их психологические симптомы и поведение, связанные с насилием.

Помимо непосредственной работы с ребенком, терапевту необходимо установить эффективный союз с их опекунами (попечителями) для поддержки этой работы.

Командный или групповой подход и междисциплинарная работа, вероятно, лучше всего подойдет для удовлетворения многочисленных и разнообразных потребностей детей и семей. Руководство по вмешательству HfCF, направленное на укрепление здоровья, развития и благополучия детей и молодежи (Bentovim, 2017a), помогает заботливым родителям, не склонным к насилию, развивать способность понимать потребности каждого из своих детей, справляться с травмирующими последствиями признания жестокого обращения, совершенного в их семье или сообществе, и сотрудничать в лечении своих детей. Нарушения привязанности ребенка необходимо устранять с помощью руководства «Развитие привязанности, отзывчивости и позитивных эмоциональных отношений» (Гейтс и Питерс, 2017), ориентированного на обеспечение последовательного, настроенного и отзывчивого воспитания.

Практикующим психологам необходимо создать рабочий союз с ребенком или подростком, чтобы быть надежно доступными и создавать чувство безопасности. Групповая работа способствует сплоченности, принадлежности и идентичности, обеспечивает чувство безопасности в группе, чтобы преодолеть страхи, присущие семейной жизни, и оказывает поддержку, смягчая боль игрой и весельем. Безопасные привязанности могут быть созданы заботливым родителем как на этапе разлуки, так и по мере перехода ситуации к следующему этапу реабилитации посредством «работы один на один», которая помогает родителям реагировать и усиливать попытки ребенка двигаться вперед.

Руководства по вмешательству HFCF по работе с детьми и подростками, направленные на устранение эмоциональных и травматических реакций (Weeramantri, 2016) и работу с сексуальным насилием над детьми (Элдридж, 2016), помогают практикующему психологу использовать различные общие подходы, чтобы помочь детям понять, что с ними произошло, чтобы убедиться, что они остаются в безопасности, понимают и управляют своими чувствами, изучают различные стратегии преодоления, включая методы релаксации и действия, чтобы помочь им справиться с воспоминаниями, переживаниями и напряжением, которые указывают путь к выздоровлению. Все это необходимые навыки для развития устойчивости перед лицом будущих стрессовых событий.

Затем дети могут придумать «Рассказ о травме», который «раскрывает» и противостоит их переживаниям. Этот рассказ может быть засвидетельствован и передан оказывающим поддержку членом семьи, не склонным к насилию, чтобы подтвердить переживания ребенка. Ребенку нужна помощь, чтобы рисовать и описывать свой опыт: «выставление напоказ» помогает оставить опыт в истории, а не увековечивать его как текущую реальность. Необходима трансформация через помощь ребенку в осознании атрибуции и вины, проецируемой на него, чтобы он мог реализовать свой потенциал. Оказывающий поддержку родитель(и)/опекун(ы) должен быть тесно вовлечен в процесс терапевтической работы. Практикующий психолог должен встретиться с родителем в конце каждой отдельной сессии, чтобы поделиться актуальной информацией, обсудить задачи, поставленные перед ребенком, объяснить смысл «разоблачения» и сочинения рассказа о травме (Элдридж, 2016; Виранантри, 2016).

Различные подходы полезны для мониторинга возбуждения ребенка, стимулирования и сдерживания эмоциональных и травматических реакций, а также управления реактивным сексуализированным поведением. Чтобы участвовать в такой работе, поддерживающий родитель должен быть открыт для переживаний ребенка, подвергшегося насилию, уметь слушать, разделять и контейнировать чувства ужаса, страха и бессилия, возникшие в результате действий правонарушителя. Это требует разработки безопасных семейных ритуалов, чтобы справиться с проблемами со сном, возбуждением, гневом, сексуализированным поведением и изменением стиля отношений, чтобы избежать повторной травматизации. Чтобы ребенок развил более удовлетворительное самоощущение, ему или ей необходимо помочь осознать, что негативные проявления, такие, как выключение, гневное оппозиционное поведение, страх и избегание, являются частью стратегии выживания и силой, а не слабостью (Weeramantri, 2016).

При работе с детьми в возрасте до 12 лет и старше, демонстрирующими разрушительное сексуальное поведение, практикующим врачам необходимо сотрудничать с детьми, молодежью и их родителями/опекунами, чтобы изменить неподобающее поведение, усилить защитные факторы и развивать сексуальность в соответствии с возрастом.

Работа с родителями и лицами, осуществляющими уход, направлена на обеспечение безопасности детей и молодежи, которые пострадали от сексуального насилия в семье или со стороны члена общества, которому они доверяют. Поддерживающим родителям предоставляются знания, инструменты и надежда сыграть активную роль в выздоровлении и защите своего ребенка в будущем, понять, что такое сексуальное насилие над детьми, что побуждает людей к сексуальному насилию и распознавать реакции ухода. Родителям помогают принять точку зрения ребенка, развить безопасные привязанности (Гейтс и Питерс, 2016) и принять защитные меры, когда это необходимо. Им также потребуются

помощь, чтобы обдумать свой собственный жизненный опыт, который, возможно, сыграл определенную роль в том, что их ребенок стал уязвимым, и уроки, которые они извлекли из создания безопасной обстановки дома и в обществе (Элдридж, 2016).

Работа с родителями и опекунами в процессе работы с детьми и подростками, ответственными за причиняющее вред сексуальное поведение, включает предоставление им информации о категориях, происхождении и функциях причиняющего вред сексуального поведения, о том, какое поведение соответствует возрасту и что вызывает беспокойство, какая требуется терапевтическая работа, конкретные роли родителей/опекунов в их семейной ситуации; определение характера, обстоятельств и контекста поведения ребенка/подростка и развитие понимания того, что составляет их причиняющее вред сексуальное поведение (Элдридж, 2016).

Работа с ребенком и поддерживающими родителями должна быть **интегрирована в работу с семьей**. Содействие удовлетворительному общению и развитие навыков разрешения конфликтов и обсуждения сложных тем необходимы для того, чтобы голос ребенка был услышан. Найти язык, на котором можно говорить о сексуальном насилии в семье, может быть непросто, и может быть полезно поговорить с родителями и детьми отдельно, чтобы они могли познакомиться с этим до обсуждения в семейном контексте. Крайне важно установить совместные цели и разработать план обеспечения безопасности. (Джоллифф, 2016).

Когда **реабилитация возможна** после обширной терапевтической работы с правонарушителем, необходима тщательная подготовка. Ребенок, подвергшийся жестокому обращению, и поддерживающий родитель (родители), должны пройти терапевтическую работу, чтобы любое пробуждение воспоминаний о жестоком обращении не привело к повторной травме, и необходимо развить адекватные навыки преодоления трудностей. Семейная работа требует тщательно спланированных извинений, когда виновный берет на себя полную ответственность за свои жестокие действия, освобождая ребенка от ответственности, даже если виновный был вынужден покинуть дом или был заключен в тюрьму. Ребенку, подвергшемуся насилию, необходимо помочь сформулировать вопросы, которые помогут осмыслить его опыт и будущие проблемы, которые могут возникнуть у него в будущем: «Буду ли я в безопасности?». Поддерживающий родитель (родители) должен быть осведомлен о вопросах, которые могут возникнуть у ребенка об их роли – «Почему вы не понимали, что происходило в то время?» и взять на себя ответственность за собственную неспособность реагировать и защищать (Бентовим, 2017).

Определите результаты, измерительные инструменты для оценки изменений и проанализируйте результаты

Следует тщательно отслеживать запланированные результаты и, при необходимости, пересматривать план мероприятий (этап 7). Когда

после вмешательств было установлено, что необходимые изменения не были достигнуты и ребенок не может вернуться домой, требуется интенсивная семейная работа в новых семейных условиях, планирование долгосрочного или альтернативного постоянного ухода и подготовка семьи для ребенка, который подвергся серьезному сексуальному насилию. Дети, подвергшиеся сексуальному насилию, могут обладать высоким уровнем сексуальных знаний, могут быть склонны к реактивному причиняющему вред сексуальному поведению, если они подвергались физическому и сексуальному насилию, что может привести к «идентификации» с агрессором или к позиции жертвы. Необходимо спланировать безопасные условия пребывания в приемной семье (семья временного пребывания, ребенок помещается туда по социальной программе за счет государственного обеспечения) или приемной семье (имеется в виду усыновление) и тщательно продумать соответствующий способ контакта с родной семьей (Бингли-Миллер и Бентовим, 2007). Патронатный (семья временного пребывания) или приемный родитель является ключевым партнером в решении задачи повышения жизнестойкости и на пути к выздоровлению, но их забота должна быть усилена с помощью конкретных подходов для удовлетворения значительных потребностей детей, переданных на их попечение.

Краткое описание работы по борьбе с сексуальным насилием над детьми

Путь к выздоровлению может быть длительным для детей и молодых людей, подвергшихся сексуальному насилию, особенно если они подвергались многочисленным невзгодам, например, другим формам жестокого обращения, некачественному уходу и воздействию семейного контекста насилия и отвержения. Крайне важно, чтобы после выявления и принятия решительных защитных мер была проведена тщательная оценка всех аспектов жизни ребенка для разработки плана будущей работы с ребенком и его семьей. Этот план требует тщательного мониторинга и пересмотра по мере необходимости.

Выводы

Мы описали развитие понимания феномена жестокого обращения с детьми со времени описания Кемпом синдрома избитого ребенка в 1962 году. Многие страны, включая Великобританию, разработали процесс выявления и реагирования на все более сложный характер жестокого обращения с детьми, который в настоящее время распространяется на поливиктимизацию и неблагоприятный опыт детства. Роль невзгод в жизни детей и молодежи оказывает крайне пагубное воздействие на их психическое и физическое здоровье, что, в свою очередь, влияет на их взрослую жизнь и их способность защищать и

воспитывать своих собственных детей. В знак признания проблемы эффективного вмешательства в дела детей и семей, которые находятся в неблагоприятном положении или пострадали от него, в этой главе описано использование экосистемного подхода к оценке в области защиты детей, основы для оценки нуждающихся детей и их семей, а также применение основанных на фактических данных модульных, многоцелевых ресурсов «Надежда для детей и семей» для совместной работы с детьми, молодежью и их семьями для достижения изменений. Они были разработаны в Великобритании для гибкого реагирования на разнообразные потребности детей и семей из разных культурных и социально-экономических слоев и могут использоваться на ранней стадии профилактики жестокого обращения до устранения его влияния на здоровье, развитие и благополучие детей.

Генри Кемп объяснил, что наступит этап, когда все дети и молодежь будут защищены, а их здоровье и благополучие будут обеспечены. Детский фонд Организации Объединенных Наций (2020) призывает мир защищать детей и заботиться о них, а также предотвращать жестокое обращение с ними. Это остается достойной и важной целью. Реализация рамок и этапов, описанных в этой главе, может помочь в достижении этой цели.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- <1>Абрамов, Н.К. Семья и проблемы «внутрисемейной» жестокости / Агрессия и жестокость. СПб.: Питер, 2005. С. 104–109.
- <2>Алексеева, И.А. Новосельский, И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М.: Генезис, 2006. – 256 с.
- <3>Алексеева, И.А. Новосельский, И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. 2-е изд. М.: «Генезис», 2010. – 272 с.
- <4>Алексеева, И.А. Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. (2-е издание дополненное и переработанное – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010. – 460с.
- <5>Андронникова, О.О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф. дис. ...канд. психол. наук / О.О. Андронникова. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2005. – 20 с.
- <6>Асанова, Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических вузов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 220 с.
- <7>Аудмайер, К. Все на одного. Как защитить ребёнка от травли в школе – М.: Альпина Паблишер, 2016. – 152 с.
- <8>Балтыкова, З.А., Психологические основы допроса несовершеннолетних свидетелей и потерпевших [Электронный ресурс] / Вестник СГЮА.014. № 5. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osnovy-doprosa-nesovershennoletnih-svideteley-i-poterpevshih> (дата обращения: 14.03.2020).
- <9>Басова, Н.В. Педагогика и практическая психология: учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 416 с.
- <10>Бедина, И.А. Основные концепции применения краткосрочной психодинамической психотерапии при стрессовых расстройствах / Алкеева-Костычева Е.А. // Российский психиатрический журнал. 2015. № 6. [Электронный ресурс] URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-kontseptsii-primeneniya-kratkosrochnoy-psihodinamicheskoy-psihoterapii-pri-stressovyh-rasstroystvah> (дата обращения: 31.07.2021).
- <11>Белоусов, Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2008. – № 4. – С. 28–38.
- <12>Беляева, Ю.А. Виктимологическая характеристика личности оставшихся без попечения родителей несовершеннолетних, подвергнутых

сексуальному насилию // Вестник Владимирского юридического института. – 2005. – № 2. – С. 50–54.

<13> Бойкина, Е.Э. Остракизм и родственные феномены: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2019. – Том 9. № 3. – С. 127–140. URL:doi:10.17759/psylaw.2019090310

<14> Бойкина, Е.Э. Агрессия сквозь призму социального остракизма [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. – 2019. – Том 8. № 3. – С. 60–67. URL:doi:10.17759/jmfp.2019080307

<15> Бородастая, М.Н. Социально-психологическая помощь детям – жертвам семейного насилия: Сборник научно-методических материалов / И.И. Осипова, М.В. Злоказова; под общей ред. Н.Н. Ершовой. – М.: 2005. 124 с.

<16> Бочавер, А.А. Буллинг как объект исследований и культурный феномен / К.Д. Хломов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – М.: 2013. – Т. 10. № 3. – С. 149–159.

<17> Булгакова, Д.О. Виктимность несовершеннолетних – жертв сексуального насилия // Вестник современных исследований. – 2018. № 4.2 (19). – С. 588–590.

<18> Бурлачук, Л.Ф. Введение в проективную психологию. – Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1997. – 128 с.

<19> Быкова, Е.А. Проблема профилактики буллинга в образовательной организации / Истомина С.В. // Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. – М., Социокинетика, 2016. – № 3. – С. 75–78.

<20> Ван дер Колк, Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают. М: Бомбора, 2020. – 464 с.

<21> Вачков, И.В. Сказочная метафора как средство взаимопонимания // Социальная психология и общество. – 2011. – Том 2. – № 1. – С. 111–118.

<22> Венгер, А.Л., Экстренная психологическая помощь детям и подросткам: учебное пособие / Морозова Е.И. – Дубна: Гос. Ун-т «Дубна», 2016. – С.144.

<23> Венгер, А.Л., Культурно-исторический подход к коррекции посттравматической регрессии на материале психологической работы в Беслане (2004–2006 гг.) / Морозова Е.И. // Вопросы психологии. – 2007. – № 1. – С. 62–69.

<24> Венгер А.Л. Культурно-историческая психотерапия / Морозова Е.И. // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека. – Дубна. – 2012. – № 3. – С. 1.

<25> Венгер, А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического

- акта в Беслане) / Е.И. Морозова, В.А. Морозов // Московский психотерапевтический журнал. – 2006. – № 1 (48). – С. 131–159.
- <26> Венгер, А.Л. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам: учебное пособие / А.Л. Венгер, Е.И. Морозова. – Дубна: Гос. Ун-т «Дубна», 2016. – С. 144.
- <27> Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, – 2003. – С. 160.
- <28> Ветошкин, С. А. Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних : учебное пособие для среднего профессионального образования / С. А. Ветошкин. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 242 с.
- <29> Волкова, Е.Н. Оценка распространенности насилия над детьми // Социальная психология и общество. – 2016. – № 2 (Т. 7). – С. 19–34.
- <30> Волкова, Е.Н. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления – СПб.: Питер, 2008. – 280 с.
- <31> Волкова, Е.Н. Насилие и жестокое обращение с детьми. – СПб.: ООО «КнижныйДом», 2011. – 384 с.
- <32> Волкова, Е.Н. Защита детей от жестокого обращения. – СПб.: Питер, 2007. – 243 с.
- <33> Вопросы профилактики жестокого обращения с детьми и подростками и оказания помощи детям и подросткам, подвергшимся жестокому обращению: Методическое пособие / Составители: Л.М. Левина, О.Н. Сулова, А.Ю. Баранова – Иркутск: Издательство ГАУ ЦППМиСП, 2016. – 69 с.
- <34> Восстановительные профилактические программы [Электронный ресурс]. URL: <http://www.8-926-145-87-01.ru/медиация/восстановительные-профилактические> (дата обращения: 23.08.2021).
- <35> Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // Российская газета, – N 67, 05.04.1995.
- <36> Гайдаренко, Н. Индивидуальное консультирование // Как создать кризисный центр для женщин. М.: Пресс-Соло, 2005. – С. 55–61.
- <37> Гаямова, С.Ю. Особенности самосознания подростков, подвергающихся жестокому обращению в семье: автореф. дис. ...канд. психол. наук / С.Ю. Гаямова. – 19.00.01. М., 2012. – 25 с.
- <38> Голубева, Н.П. Психологическая реабилитация личности подростков – жертв насилия: автореф. дис. ... канд. псих. наук / Н.П. Голубева. – 19.00.07. М., 2000. – 18 с.
- <39> Григович, И.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком. Диагностика. Помощь. Предупреждение. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2012. – 184 с.

- ^{<40>} Декларация прав ребёнка. Принята Резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г., // Гуманитарная сфера и права человека. – М., 1992. – С. 95–97.
- ^{<41>} Демоз, Л. Психоистория. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. – 520 с.
- ^{<42>} Джарман, О.А. Сравнительная характеристика статуса ребенка в Древнем мире / Г.Л. Микиртчян // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – № 3 (3). – С. 66.
- ^{<43>} Дозорцева, Е.Г. Соматическая психотерапия травмы у девиантных девочек-подростков // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 81–91.
- ^{<44>} Дозорцева, Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. – М.: Генезис, 2007. – 128 с.
- ^{<45>} Дозорцева, Е.Г. Психологическое сопровождение следственных действий с участием несовершеннолетних потерпевших / Е.В. Нуцкова, С.А. Терехина: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 24 с.
- ^{<46>} Дозорцева, Е.Г. Психологические особенности малолетних потерпевших в уголовном процессе // Психологические особенности участников уголовного процесса. Сборник научных трудов Круглого стола / под редакцией О.Д. Ситковской. 2018. – С. 27–36.
- ^{<47>} Дозорцева, Е.Г. Правила проведения допросов несовершеннолетних, потерпевших от преступлений: изменения в следственной практике / Красавина А.Г. // Культурно-историческая психология. – 2017. – Т. 13. – № 3. – С. 23–31.
- ^{<48>} Доклад о деятельности уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка в 2020 году [Электронный ресурс] <http://deti.gov.ru/documents/reports>
- ^{<49>} Долговых, М.П. Психологическая детерминация проявления виктимного поведения личности подростка: автореф. дис. ... канд. псих. наук / М.П. Долговых. – 19.00.01. М., 2009. – 19 с.
- ^{<50>} Дмитриева, Н.В. Песочная терапия травмы незавершённой сепарации от матери / Рядинская Н.Ю., Хохлева Е.В. // Ученые записки СПб-ГИПСР. – Выпуск 2. – Том 34. – 2020. – С. 7–13.
- ^{<51>} Жестокое обращение с детьми. Основные факты. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- ^{<52>} Зайцева, Н.Г. «Родительские» дети в организациях для детей-сирот / Колесникова У.В. // Социальные науки и детство. – 2021. – Том 2, № 2. – С. 24–36.
- ^{<53>} Волкова, Е.Н. Защита детей от жестокого обращения: Питер, 2007. – 254 с.

- ^{<54>}Зер, Х. Восстановительное правосудие: новый взгляд на преступления и наказание / под общ. ред. Л.М. Карнозовой, Л.М. Карнозовой, С.А. Пашина. – М.: Центр «Судебно-правовая реформа», 1998. – 324 с.
- ^{<55>}Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – 310 с.
- ^{<56>}Зиновьева, Н.О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации / Михайлова Н.Ф., – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
- ^{<57>}Зиновьева, Н.О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
- ^{<58>}Злобина, О.Ю. Организация помощи семье в ситуации домашнего насилия. / О. Ю. Злобина, И.Я.Шевцова, Ю.В. Солодун. – М.: Мир, 2005. – 209 с.
- ^{<59>}Иванова, Л.Ф. Теоретические и практические аспекты судебно-психологической экспертизы по делам о насильственных действиях сексуального характера в отношении несовершеннолетних лиц // Вестник ЮУрГУ. Серия: Право. 2019. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-i-prakticheskie-aspekty-sudebno-psihologicheskoy-ekspertizy-po-delam-o-nasilstvennyh-deystviyah-seksualnogo-haraktera-v> (дата обращения: 16.03.2020).
- ^{<60>}Из истории благотворительности [Электронный ресурс]<http://cpsim.ru/bo/history1/>
- ^{<61>}Илатовская, О.Н. «Мама, давай простим папу...» // Вестник восстановительной юстиции. – 2017. – № 14. – С. 95–98;
- ^{<62>}Иллич, И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир. – М.: Просвещение, 2006. – 160 с.
- ^{<63>}Ильина, С.В. Эмоциональный опыт насилия и пограничная личностная организация при расстройствах личности: автореф. дисс... канд. психол. наук. – 19.00.04. – М., 2000. – 24 с.
- ^{<64>}Ингерлейб, М. Метафорические ассоциативные карты. Полный курс для практики. – СПб: Питер, 2019. – 192 с.
- ^{<65>}Информационное письмо об уточнении экспертных категорий и критериев оценки юридически релевантных феноменов психической деятельности малолетних и несовершеннолетних потерпевших по правонарушениям сексуального характера. ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербско-го». – Москва, 2012.
- ^{<66>}История развития прав детей [Электронный ресурс] <https://mir.pravo.by/library/puteshestvie-v-proshloe/istorpravdetey/>
- ^{<67>}Карнозова, Л.М. Коммуникативная позиция: два подхода в социально-гуманитарных практиках // в кн. коммуникация как дисциплина и об-

ласть знания в современном мире: диалог подходов. Сборник статей по материалам международной научной конференции 9–11 июля 2015 года. – Москва, Департамент интегрированных коммуникаций НИУ ВШЭ, 2015. – С. 250–259.

^{<68>}Карнозова, Л.М. Мониторинг деятельности территориальных служб примирения за 2018 г., проведенный в рамках Всероссийской Ассоциации восстановительной медиации // Вестник восстановительной юстиции. – 2019. – № 16. – С. 137.

^{<69>}Каюда, Г.П. Жестокое обращение с несовершеннолетними: идентификация и оценка психологических последствий / З.В. Луковцева, С.Ю. Гаямова // Методическое пособие. – М.: ЭТИПАК, 2011. – С. 6.

^{<70>}Каюда, Г.П. Жестокое обращение с несовершеннолетними: идентификация и оценка психологических последствий. – Метод. пособие. – М.: «Спутник+», 2007. – 49 с.

^{<71>}Кирюхина, Д.В. Кибербуллинг среди молодых пользователей социальных сетей [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. – 2019. – Том 8. – № 3. – С. 53–59. doi:10.17759/jmfp.2019080306

^{<72>}Кляйн, М. Детский психоанализ / перевод О. Бессоновой. – Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. – 160 с.

^{<73>}Ковалев, В.В. Психиатрия детского и подросткового возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

^{<74>}Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 07.01.2002. – N 1 – (часть I), – ст. 1.

^{<75>}Коджаспиров, А.Ю. Детский телефон доверия как средство профилактики детского насилия и нарушения прав детей // Телефон доверия как средство психологической помощи детям, родителям, педагогам. – Московский городской психолого-педагогический университет – М.: 2010. – С. 10.

^{<76>}Кон, И.С., Фельдштейн Д.И. Отрочество как этап жизни и некоторые психолого-педагогические характеристики переходного возраста / Д.И. Фельдштейн, Л.М. Семенюк // Хрестоматия по возрастной психологии: учебное пособие для студентов / под ред. Д.И. Фельдштейна: издание 2-е, дополненное. – Москва: Институт практической психологии, 1996. – 304 с.

^{<77>}Кон, И.С. Мальчик – отец мужчины. – Москва: Время, 2009. – 702 с.

^{<78>}Конвенция ООН о правах инвалидов от 13.12.2006 // Собрание законодательства РФ, 11.02.2013. – N 6. – С. 468.

^{<79>}Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР. – выпуск XLVI. – 1993.

- ^{<80>}Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1984 г. N 39/46) // Российская юстиция, 1995. – N 4. – С. 49.
- ^{<81>}Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений ETS N 201 (Лансароте, 25 октября 2007 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.02.2014. – N 7. – С. 634.
- ^{<82>}Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04.11.1950) (с изм. от 24.06.2013) // Собрание законодательства Российской Федерации, 08.01. 2001. – N 2. – С. 163.
- ^{<83>}Коновалов, А.Ю. Школьные службы примирения и восстановительная культура взаимоотношений / Практическое руководство / под общей редакцией Л.М. Карнозовой – М.: МОО «Судебно-правовая реформа», 2014. – [Электронный ресурс] <http://www.8-926-145-87-01.ru/wp-content/uploads/2015/02/ШСП-2014.pdf>
- ^{<84>}Короленко, Ц.П. Homo postmodernus. психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Монография / Н.В. Дмитриева // Новосибирский государственный педагогический университет, Новосибирский ин-т клинической психологии, Новосибирский мед. ун-т. Новосибирск, 2009. – С.163.
- ^{<85>}Кочарян, А.С. Психология переживаний: учеб. пособие / А.М. Лисеная // Харьков: Изд-во Харьков. национального ун-та им. В. Н. Каразина, 2011. – 224 с.
- ^{<86>}Коченов, М.М. Психология допроса малолетних свидетелей: методическое пособие / Н.Р. Остова // М., 1984. – С. 100
- ^{<87>}Кристи, Н. Конфликты как собственность / сост. А.Ю. Коновалов // в кн. Восстановительная ювенальная юстиция. Сборник статей. – М.: МОО «Судебно-правовая реформа», 2007.
- ^{<88>}Крюкова, Т.Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними / М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтяк // СПб.: Речь, 2005. – 240 с.
- ^{<89>}Кучерявенко, А. О Сандплей. [электронный ресурс] URL: <https://www.sandplay-journal.ru/aboutsandplay>
- ^{<90>}Левин, П. Исцеление от травмы. Авторская программа, которая вернет здоровье вашему организму. – М.: Весь, 2011. – 128 с.
- ^{<91>}Левин, П.А. Пробуждение тигра / Фредерик Э. // М.: АСТ, 2007. – С. 146.
- ^{<92>}Логинова, А.А. Психологическое насилие над детьми в семье / А.А. Логинова // Психология и педагогика на современном этапе. – 2014. – Т. 5. – С. 38–43.

- ^{<93>}Мазур, Е.С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал, 2001. – № 1 (36). – С. 31–52.
- ^{<94>}Максудов, Р.Р. Проведение семейных конференций в контексте укрепления института семьи // Вестник восстановительной юстиции. – 2018. – № 15. – С. 142.
- ^{<95>}Малкина-Пых, И.Г. Психология поведения жертвы. – М.: Эксмо, 2006. – 1008 с.
- ^{<96>}Мамайчук, И.И. Психологические механизмы виктимного поведения жертв половых преступлений // Теоретические и практические вопросы психологии. – СПб.: Изд-во С.–Петербург. ун-та, 1995. – Ч. 2. – С. 14–21.
- ^{<97>}Матейчек, З. Психическая депривация в детском возрасте / Лангмейер Й. // Прага: Авицenum, 1984 г. – 336 с.
- ^{<98>}Медведева, А.С. Характеристики онлайн груминга как вида сексуальной эксплуатации несовершеннолетних (по результатам анализа переписок взрослых и детей в сети Интернет) / Е.Г. Дорозцева, [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2019. – Том 9. – № 4. – С. 161–173. doi:10.17759/psylaw.2019090412
- ^{<99>}Международные организации заявляют: страны не справляются с задачей предупреждения насилия в отношении детей [Электронный ресурс] <https://www.who.int/ru/news/item/18-06-2020-countries-failing-to-prevent-violence-against-children-agencies-warn>
- ^{<100>}Международный пакт о гражданских и политических правах (принят резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 16 декабря 1966 г № 2200 А (XXI) // Ведомости Верховного Совета СССР, – 1976. – № 17. – ст. 291.
- ^{<101>}Микиртичан, Г.Л. Отношение к детям в древних цивилизациях / О.А. Джарман // С. 119.
- ^{<102>}Микиртичан, Г.Л. Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в Древнем мире / О.А. Джарман // Медицина и организация здравоохранения. 2020. – № 5 (3). – С. 42–43.
- ^{<102>}Микиртичан, Г.Л. Взгляды на ребенка, его права и защиту от жестокого обращения в античности и Византии / О.А. Джарман // Медицина и организация здравоохранения. 2021. – № 6 (1). – С. 57– 58.
- ^{<103>}Микиртичан, Г.Л. Отношение к детям, их праву на жизнь и развитие в России (X – начало XVIII века) // Педиатр. – Том V.– № 1. – С. 126–131.
- ^{<104>}Микиртичан, Г.Л. Истоки изучения медико-социальных проблем детства // Медицина и организация здравоохранения. – Том 1. – № 1. – С. 44–53.
- ^{<105>}Миллер, Л.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях: границы профессиональной компетенции специалистов системы обра-

зования [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Том 5. – № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59144.shtml (дата обращения: 17.08.2021).

<¹⁰⁶>Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила») (приняты резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 40/33 от 10 декабря 1985 г.) // Советская юстиция, 1991. – № 12–14.

<¹⁰⁷>Михайлова, Ю.А. Психологическое сопровождение расследования преступлений с участием несовершеннолетних в Следственном комитете Российской Федерации [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2016. – Том 6. – № 4. – С. 95–104. doi:10.17759/psylaw.2016060410.

<¹⁰⁸>Михеева, А.В. Психическая травма в определениях и понятиях современных ученых // Вестник РУДН, серия Вопросы образования: языки и специальность, 2009. – № 2. – С. 142–148.

<¹⁰⁹>МКБ-10: Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [Электронный ресурс] <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257>.

<¹¹⁰>Модельное описание программы «Семейная конференция» для специальных учебно-воспитательных учреждений: методическое пособие / под ред. А.Ю. Коновалова, Е.В. Белоноговой. М.: МОО «Общественный Центр «Судебно-правовая реформа», Калтан: Калтанское СУВУ, 2017. – С. 43–44.

<¹¹¹>Морозова, Е.И. Этапы и основные принципы оказания реабилитационной психологической помощи жертвам террористических актов / Е.Г. Дозорцева, А.Л. Венгер // в сборнике: Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Научные материалы Всероссийской конференции. – 2007. – С. 45–46.

<¹¹²>Намазова-Баранова, Л.С. Осведомленность и компетенции педиатров первичного звена по вопросам жестокого и ненадлежащего обращения с детьми: результаты одномоментного исследования / Н.В. Устинова, В.Ю. Альбицкий, К.Е. Эфендиева, С.А. Шер, Е.А. Вишнёва, А.В. Шулаев, М.М. Садыков, А.И. Зиятдинов, Р.Ф. Шавалиев // ПФ. – 2020. – № 5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osvedomlennost-i-kom-petentsii-pediatrov-pervichnogo-zvena-po-voprosam-zhestokogo-i-nenadlezhashego-obrascheniya-s-detmi-rezultaty> (дата обращения: 01.08.2021).

<¹¹³> Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире // под ред. Этьенна Г. Круга и др. / Пер. С англ. – М.: Издательство «Весь мир», 2003. – С. 5.

<¹¹⁴> Насилие и жестокое обращение с детьми: учебное пособие / под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2011. – С.56.

- <115> Нуркова, В.В. Автобиографическая память в оптике культурно-исторической и деятельностной методологии // Психология. Журнал ВШЭ. – 2010. – № 2.
- <116> Нуркова, В.В. Сила воображения и слабость датировки: о двух источниках искажений в автобиографической памяти / Д.А. Василенко // Психология и право. – 2017. – Том 7. – № 1. – С. 182–192.
- <117> Нуркова, В.В. Психология фотографии. Культурно-исторический анализ: учебное пособие для вузов – Москва: изд-во Юрайт, 2019. – 473 с.
- <118> Обновленный протокол следственного опроса Национального института здоровья ребенка и развития человека (NICHD) Версия 2014 [Электронный ресурс] // <http://nichdprotocol.com/wp-content/uploads/2017/09/NICHD-protocol-Russian-version.pdf>
- <119> Одегова, Л.Ю. История развития международно-правовой защиты ребенка как института международного права / Ю.А. Рудь // Вестник ДонНУ. Сер. Е: Юридические науки. – 2021. – № 2. – С. 63.
- <120> Оруджев, Н.Я. Роль клинико-социальных факторов, влияющих на формирование дезадаптации лиц, перенесших сексуальное насилие / Н.А. Черная Н.А. // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 52–53.
- <121> Оса, В. Исследование «Куклы в психотерапии» [электронный ресурс] / перевод Л. Тельновой, Психологическая газета, 2017. URL: <https://psy.su/feed/6312/>.
- <122> Памятка для педагогов-психологов (психологов) по работе на следственных действиях // Приют «Транзит». Служба межведомственного взаимодействия. 2020. <https://shelter-tranzit.ru/wpcontent/uploads/2019/04/%D0%B1%D1%80%D0%BE%D1%88%D1%8E%D1%80%D0%B0-%D0%B4%D0%BB%D1%8F-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2.pdf>
- <123> Парамонова, А.А. Основные проблемы детского психоанализа (к 100-летию становления детского психоанализа) // Прикладная юридическая психология. – 2012. – № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-problemy-detskogo-psihoanaliza-k-100-letiyu-stanovleniya-detskogo-psihoanaliza> (дата обращения: 31.07.2021).
- <124> Петрова, Е.Г. Психологические особенности допроса несовершеннолетних / Н.Ю. Иванова // Вестник Таганрогского института имени А.П. Чехова. – 2017. – № 1.
- <125> Письмо Минобрнауки РФ от 10.03.2009 N 06–224 Об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми (вместе с «Рекомендациями об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми»).

- <126>Постановление ЕСПЧ от 06.04.2000 «Дело «Лабита (Labita) против Италии» (жалоба N 26772/95) [рус., англ.] // КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=INT&n=13335#iOaaSgShKQsCiRP1> (дата обращения: 15.08.2021).
- <127>Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 14.11.2017 N 44 «О практике применения судами законодательства при разрешении споров, связанных с защитой прав и законных интересов ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью, а также при ограничении или лишении родительских прав» // Бюллетень Верховного Суда РФ. – N 1. – 2018.
- <127_1>Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 27.05. 1998 № 10 «О применении судами законодательства при разрешении споров, связанных с воспитанием детей» // Бюллетень Верховного Суда РФ. – N 7. – 1998.
- <128>Постановление Правительства РФ от 18.05.2009 N 423 (ред. от 10.02.2020) «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан».
- <129> Правило 16 Рекомендации 2018 г.; п. 7 Базовых принципов; правило 1 Рекомендации 1999 г.; Всероссийская Ассоциация восстановительной медиации. Стандарты восстановительной медиации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.8-926-145-87-01.ru/wp-content/uploads/2013/11/Стандарты-восстановительной-медиации.pdf> (дата обращения: 22.08.2021). – С. 3.
- <130>⁴⁴⁰ Пранис, К. Круги примирения: от преступления к сообществу [Электронный ресурс] / Пранис К., Стюарт Б., Уедж М.; пер. с англ. под ред. Р.Р. Максудова, Л.М. Карнозовой, Н.В. Путинцевой. – Москва: Центр «Судебно-правовая реформа», 2009. <http://sprc.ru/wp-content/uploads/2014/11/Pea%D1%81emaking-%D0%A1ircles-From-Crime-to-Community.pdf>
- <130/1> Пранис К. Круги примирения: от преступления к сообществу / Стюарт Б., Уедж М. пер. с англ. Н.С. Силкиной под ред. Р.Р. Максудова, Л.М. Карнозовой, Н.В. Путинцевой. // М.: Р. Валент, 2009. – С. 125.
- <131>Приказ Минтруда России от 24.07.2015 N 514н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.08.2015 N 38575) URL: <https://www.eduprofrb.ru/uploads/documents/docs/n-514n.pdf>
- <132>Профессиональный стандарт «Специалист органа опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 680н).

<¹³³>Противодействие школьному буллингу: анализ международного опыта / Д.В. Молчанова, М. А. Новикова // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Институт образования. – М.: НИУ ВШЭ, 2020. – 72 с.

<¹³⁴>Райкус, Дж.С. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: практическое пособие. / Хьюз Р. // М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010. – 290 с.

<¹³⁵>Регламент межведомственного взаимодействия по выявлению семейного неблагополучия, организации работы с семьями, находящимися в социально-опасном положении (трудной жизненной ситуации). Утвержден протоколом Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 25 ноября 2015 г. № 04–15).

<¹³⁶>Резолюция 48/104 Генеральной Ассамблеи ООН «Декларация об искоренении насилия в отношении женщин»(Принята 20.12.1993 на 85-ом пленарном заседании 48-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН) // КонсультантПлюс [Электронный ресурс]:. – URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=INT&n=16680#ea6gLgSGiNwiEOfk1> (дата обращения: 15.08.2021).

<¹³⁷>Родина, Е.Ю. Психологические особенности малолетних участников уголовного судопроизводства // Вестник Калининградского филиала СПбУ МВД России. – 2019. – № 2.

<¹³⁸>Руководящие принципы Организации Объединенных Наций для предупреждения преступности среди несовершеннолетних (Эр-Риядские руководящие принципы)»(Приняты 14.12.1990 Резолюцией 45/112 на 68-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // КонсультантПлюс [Электронный ресурс]:. – URL: www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=INT&n=6457#OCS5WfSKOnGtWVR1 (дата обращения: 07.04.2020).

<¹³⁹> Румянцев, А.Г. Синдром «shakenbaby»: диагностика, лечение, профилактика / О.Н. Древаль О.Н., В.М. Фениксов // Вопросы практической педиатрии. – 2007. – Т. 2. – № 2. – С. 23–29.

<¹⁴⁰> Рыбников, В.Ю. Психологический статус личности подростков, подвергшихся жестокому обращению в семье // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6 (121). – С. 148–151.

<¹⁴¹>Сакович, Н.А. История и современные тенденции песочной терапии [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. – 2007. – Том 4. – № 2. С. 94–97. URL: https://psyjournals.ru/vestnik_psyobr/2007/n2/28738.shtml (дата обращения: 01.08.2021).

- ^{<142>}Сайт МВД России по Амурской области. Жесткое обращение с детьми URL: <https://28.мвд.рф/document/20621008>
- ^{<143>}Сафонова, Т.Я. Роль специализированного центра в оказании комплексной помощи детям, подвергшимся жестокому обращению // Психологическая наука и образование. – 2004. – Т. 9. – № 1. – С. 97-101.
- ^{<144>} Сафуанов, Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М.: Смысл, 1998. – 192 с.
- ^{<145>}Сексуальное насилие и эксплуатация детей: выявление, оказание помощи и профилактика: науч.-метод. пособие / под ред. М. М. Русаковой, В. А. Одиноквой. – СПб.: «Скифия-Принт», 2020. – 296 с.
- ^{<146>}Селье, Г. Стресс без дистресса. – Москва: Прогресс, 1979. – 124 с.
- ^{<147>}Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 02.07.2021) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/09a72ea8e2b02e3e4a94996e7e6fc256ec0a4499/
- ^{<148>}Семья, Г.В. Профессиональный стандарт специалиста органов опеки и попечительства [электронный ресурс]. Электронный журнал «Психологическая наука и образование» № 3, 2013. – URL: https://psyjournals.ru/files/62420/04_Семья_psyedu_2013_3.pdf
- ^{<149>}Синягина, Н.Ю. Жестокость в современных семьях // Беспризорник. – 2003. – № 2. – С. 21–24.
- ^{<150>}Ситковская, О.Д. Психология свидетельских показаний: Научно-методическое пособие. – М.: Изд-во НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ, 2007. – 80 с.
- ^{<151>}Смирнова, С.А. Информационное письмо «О неправомерности определения достоверности показаний путем судебной экспертизы» // Теория и практика судебной экспертизы. Научно-практический журнал. – 2016. – Том 43. – № 3. – С. 64–73. [http://www.sudexpert.ru/files/tipse/2016/sudex_mag_3\(43\)16.pdf](http://www.sudexpert.ru/files/tipse/2016/sudex_mag_3(43)16.pdf)
- ^{<152>}Создание и поддержка служб примирения в регионах (сборник материалов) / сост. Л.М. Карнозова, А.Ю. Коновалов. – М.: МОО Центр «Судебно-правовая реформа», 2016. – С. 66–90.
- ^{<153>}Солдатова, Г.У. Цифровая компетентность подростков и родителей. Результаты всероссийского исследования / Т.А. Нестик, е.И. Рассказова, Е.Ю. // М.: Фонд Развития Интернет. – 2013. – 144 с.
- ^{<154>}Солдатова, Г.У. Онлайн-риски и проблема психологического здоровья детей и подростков / М.А. Ртищева, В.В. Серегина // Академический вестник Академии социального управления. – 2017. – № 3 (25). – С. 29–37.
- ^{<155>}Справка Судьи Верховного Суда Республики Марий-Эл В.А. Иванилова по результатам обобщения практики рассмотрения мировыми

судьями, районными и городскими судами Республики Марий Эл уголовных дел, связанных с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по воспитанию несовершеннолетних (ст.156 УК РФ) // Верховный Суд Республики Марий-Эл [Электронный ресурс]. – URL: <http://vs.mari.sudrf.ru/modules.php?id=2277&name=information> (дата обращения: 15.08.2021).

<¹⁵⁶>Стратийчук, Е.В. Позиция учителя в школьном буллинге / Р.В. Чиркина Р.В. [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. – 2019. – Том 8. – № 3. –С. 45–52. – doi:10.17759/jmfp.2019080305

<¹⁵⁷>Стратийчук, Е.В. Научное обоснование подходов к разработке антибуллинговых программ в образовательной среде: Магистерская диссертация. // МГППУ. – Москва, 2019. – 113 с.

<¹⁵⁸>Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

<¹⁵⁹>Теплова, А.Б. Проблемы внедрения фольклорной игровой практики как коррекционно-профилактического ресурса (результаты и перспективы экспериментальной работы) / В.А. Чернушевич, Н.Н. Чупракова [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2020. – Том 10. – № 2. – С. 64–77. doi:10.17759/psylaw.2020100206.

<¹⁶⁰> Технологии работы оказания помощи детям, пережившим жестокое обращение (методическое пособие). – Челябинск. – 2011. – 97 с.

<¹⁶¹>Ткаченко, А.А. Факторы виктимности у несовершеннолетних потерпевших – жертв сексуального насилия / Каменсков М.Ю. // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 5. – С. 33–38.

<¹⁶²>Ткаченко, А.А. Судебная сексология / Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков. // М.: БИНОМ, 2015. – 648 с.

<¹⁶³>Ткаченко, А.А. Психические расстройства у несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Психическое здоровье. – 2014. – № 11. – С. 33–38.

<¹⁶⁴>Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996. – N 25, ст. 2954 [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/.

<¹⁶⁵>Ушкалова А. Тревожные расстройства и беременность / Е. Ушкалова // Врач. – 2013. – № 4. – С. 9–12.

<¹⁶⁶>Федеральный закон от 23.06.2016 № 182-ФЗ «Об основах системы профилактики правонарушений в Российской Федерации» [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199976/.

<¹⁶⁷>Федеральный закон от 20.08.2004 г. N 119-ФЗ «О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства»

производства» [Электронный ресурс] <https://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-20082004-n-119-fz-o/>.

^{<168>} Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. N 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних» [Электронный ресурс] <http://base.garant.ru/70144008/>.

^{<169>} Федеральный закон от 19.06.2004 N 52-ФЗ «О ратификации Факультативного протокола к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» // Собрание законодательства РФ, 21.06.2004. – N 25. – ст. 2483.

^{<170>} Федеральный закон от 7 мая 2013 г. N 76-ФЗ «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений» // Собрание законодательства Российской Федерации, 13.05. 2013 – N 19. – ст. 2303.

^{<171>} Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации 03.08. 1998 – N 31. – ст. 3802.

^{<172>} Федеральный закон от 28.12.2013 № 432-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях совершенствования прав потерпевших в уголовном судопроизводстве» [Электронный ресурс]. – URL: <https://rg.ru/2013/12/30/sudoproizvodstvo-dok.html>.

^{<173>} Федунина, Н.Ю. Психическая травма. К истории вопроса / Е.В. Бурмистрова // Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2014. – № 1. – [Электронный ресурс] <https://psyjournal.ru/articles/psihicheskaya-travma-k-istorii-voprosa>.

^{<174>} Фирсова, Е.В. Жестокое обращение с детьми: проблемы терминологии и классификации // Гуманитарные научные исследования. – 2015. – № 2 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2015/02/9840>.

^{<175>} Фишбах, С. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм // М., 1994. – 245 с.

^{<176>} Флейк-Хобсон З. Развитие ребенка и его отношений с окружающими / Робинсон Б.Е., Скин П.: пер. с англ. // М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – 512 с.

^{<177>} Фрейд З. Анализ фобии пятилетнего мальчика (Маленький Ганс). М.: Просвещение, 1989. – 79 с.

^{<178>} Фрейд, А., Детский психоанализ / А. Фрейд, Лейбин В.М. – «Питер», 2003. – 590 с.

- <179> Фурман Б. Навыки ребенка в действии: Как помочь детям преодолеть психологические проблемы / Бен Фурман; пер. с англ. – М.: Альпина нон-фикшн, 2013. – 228 с.
- <180> Фурманов, И.А. Психология депривированного ребенка / Фурманова Н.В. // М.: ВЛАДОС, 2004. – 319 с.
- <181> Хломов, К.Д. Кибербуллинг в опыте российских подростков / Д.Г. Давыдов Д.Г., А.А. Бочавер [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2019(9). – № 2. – С. 276–295. doi: 10.17759/psylaw.2019090219.
- <182> Хованская, Т.В. Применение восстановительных технологий в работе государственного бюджетного учреждения Архангельской области «центр «надежда» по случаям семейных конфликтов с участием детей // Вестник восстановительной юстиции. –2018. – № 15. – С. 111.
- <183> Цыганков, Б.Д. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция / А.И. Тюнева, А.И. Былим // М.: Медицина, 2006. – 174 с.
- <184> Цымбал, Л.Е. Жестокое обращение с детьми: причины, проявление, последствия (издание второе исправленное и дополненное) – М.: РБФ НАН, 2010. – 286 с.
- <185> Чемтоб, К.М. Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз / Толин Д.Ф., Ван дер Колк Б., Питмэн Р.К. // Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Эдны Фoa, Теренса М. Кина, Мэтью фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – С. 169–188.
- <186> Чиркина, Р.В. Оценка профилактического потенциала технологии «Умелый класс» в формировании социально значимых навыков у детей / Е.Э. Бойкина, К.С. Койкова, Н.В. Бригадиренко, Е.В. Стратийчук, Ю.В. Тишкова, И.В. Чеботарев [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2020. – Том 10. – № 4. – С. 93–110. doi:10.17759/psylaw.2020100407.
- <187> Что такое телесное наказание? [Электронный ресурс] <https://endcorporalpunishment.org/ru/>.
- <188> Шелеметьева, Е.В. Субъекты профилактики жестокого обращения с детьми // Евразийский Союз Ученых. – 2020. – № 4–9 (73). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subekty-profilaktiki-zhestokogo-obrascheniya-s-detmi> (дата обращения: 01.08.2021).
- <189> Шигашов, Д.Ю. Реабилитация детей и подростков, пострадавших от сексуального насилия. – СПб.: Наука и Техника, 2010. – 240 с.
- <190> Шипунова, Т.В. Агрессия и насилие как элементы социокультурной реальности. – Федеральный образовательный портал Экономика-Социология.Менеджмент . – 2002.– URL: <https://ecsocman.hse.ru/data/058/913/1217/005.SHIPOUNOVA.pdf> (дата обращения 12.08.2021).

- <191>Шишков, С.Н. Российское законодательство XI-XVIII веков об уголовной ответственности несовершеннолетних / Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Нуцкова Е.В. // Психология и право. – 2020. – Т. 10. – № 4. – С. 231–244. doi:10.17759/psylaw.2020100416.
- <192>Шмакова, О.П. Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами / диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2004. – 209 с.
- <193>Шоу, Дж. Ложная память. Почему нельзя доверять воспоминаниям [The Memory Illusion. Why You May Not Be Who You think You Are]. – М.: Азбука-Аттикус; Колибри, 2017. – 368 с.
- <194>About the CDC-Kaiser ACE Study [Электронный ресурс] <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- <195>A Familiar Face. Violence in the lives of children and adolescents [Электронный ресурс] <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/#>
- <196>Agnew-Blais J., Danese A. Childhood maltreatment and unfavorable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol.3. P. 342–349.
- <197>Agnew-Blais J. Childhood maltreatment and unfavorable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3. P. 342–349.
- <198>Alaggia R. Self-psychology and male child sexual abuse: healing relation betrayal // Clinical social work journal. 2013. Doi 10.007/s10615–013–0453–2
- <199>Alexander P.C., Lupfer S.L. Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse // Archives of Sexual Behavior. 1987. Vol. 16. P. 235–245.
- <200>. Alexander P.C. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting // Child Abuse Negl. 2000. Vol. 24. P. 829–838; Banyard V. Childhood maltreatment and the mental health of low-income women // American Journal of Orthopsychiatry. 1999. Vol. 69. P. 161–171; Finkelhor D. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth // Child Abuse and Neglect. 2007. Vol. 31. P. 479–502; Zielinski D. Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. // Child Abuse and Neglect. 2009. Vol. 33. P. 666–678.
- <201> Amstadter A., Vernon L. Emotional reactions during and after trauma: A comparison of trauma types // Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma. 2008. Vol. 16 (4). P. 391–408.
- <202>Ann M., Lenane M.D. Instant Diagnosis and Treatment. Pediatric Clinical Advisor (Second Edition), 2007, P. 109–110.

- <203>APA Dictionary of Psychology. [Электронный ресурс] <https://dictionary.apa.org/emotional-abuse>
- <204>Banyard V. Childhood maltreatment and the mental health of low-income women // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1999. Vol. 69. P. 161–171.
- <205>Barker-Collo S., Read J. Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment // *Trauma, Violence, & Abuse*. 2003. Vol. 4. P:95–111.
- <206>Barnett D., Manly J.T., Cicchetti D. Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment // D. Cicchetti (Ed.) *Development and Psychopathology*. 1991, Vol. 3, pp. 19–29.
- <207>Beacroft, A. Family Group Conferences: Still New Zealand’s gift to the world? Office of the Children’s Commissioner. Wellington, 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.orangatamariki.govt.nz/assets/Uploads/About-us/Research/Latest-research/Specialist-Maori-Roles-Evidence-Synthesis/Report-Rangitane-Iwi-Led-FGC-Kaitiaki-2019.pdf> (дата обращения: 01.08.2021).
- <208>Behind the Term: Trauma [Электронный ресурс] https://calswec.berkeley.edu/sites/default/files/4-3_behind_the_term_trauma.pdf
- <209>Bonner B. Child maltreatment: Impact on infant and child development // *Mental health services in early child development*. 1995.
- <210> Boswell J. *The kindness of strangers: the abandonment of children in Western Europe from late antiquity to the Renaissance*. New York: Pantheon Books. 1988. – 488 p.
- <211>Brand, Richard A. MD Biographical Sketch: John Caffey, MD (1895–1978). *Clinical Orthopaedics and Related Research*: March 2011 – Volume 469 – Issue 3 – p 753–754. doi: 10.1007/s11999–010–1665–1
- <212>Briere J., Runtz M. Post sexual abuse trauma. In: *Lasting effects of child sexual abuse*. Sage. London, 1988.
- <213>Brown D., Schefflin A., Hammond C. *Memory, trauma, treatment, and the law*. New York: W.W. Norton & Company. 1998. 786 p.
- <214>Burgess A.W., Holmstrom L.L. Rape trauma syndrome // *American Journal of Psychiatry*. 1974. Vol. 131. pp. 981–986.
- <215> Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am. J. Roentgenol*, 1946; 56: 163–6.
- <216>Caffey J. The Whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial, and intraocular bleeding, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*, 1974. 54 p.

- <217>Campbell R., Ahrens C.E., Sefl T., Wasco S.M., Barnes H.E. Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes // *Violence & Victims*. 2006. Vol.16. P: 287–302.
- <218>Child Abuse – A Historical Perspective [Электронный ресурс] <http://phf.org.ge/en/resources/child-abuse-a-historical-perspective/>
- <219>Chu J.A. *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York, NY: Wiley.1998. 384 p.
- <220>Cigno K. Helping to prevent abuse: A behavioral approach with families // *V European Conference on Child Abuse and Neglect*. 1995. P. 14.
- <221>Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations // *The British Journal of Psychiatry*, Volume 216, Issue 3: Themed Issue: Disasters and Trauma, March 2020, pp. 129–131. [Электронный ресурс] DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- <222>Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. *Treating Trauma and traumatic Grief in Children and Adolescents*. The Guilford Press New York, London. 2006. – 256 p.
- <223>Coons P.M., Bowman E.S., Pellow T.A., Schneider P. Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest // *Psychiatric Clinics of North America*, 1989. Vol. 12. P. 325–335.
- <224>Coventry City Council. Practice Standards for Family Group Conferences. 2009 [Электронный ресурс]. URL: https://coventrychildcare.proceduresonline.com/p_prcet_stand_fg.html (дата обращения: 22.08.2021).
- <225>Crittenden P., Ainsworth M. Child maltreatment and attachment theory // D. Cicchetti, V. Carlson (Ed.) *Child Maltreatment, Theory and Research on the Causes and Consequences of child Abuse and Neglect*. 1989. Cambridge & New York: Cambridge University Press. Pp. 432–463.
- <226>Dana D. *The Polyvagal Theory in Therapy*. WW Norton & Co. New York, London. 2018. – 320 p.
- <227>De Mause L. *The History of Childhood*. A Jason Aronson Book. 1995. – 462 p.
- <228>Doolan M. The FGC: Changing the Face of Child Welfare // *Ontario Association of Children’s Aid Societies*. 2011. № 56 (4). P. 15–23.
- <229>Duckworth M.P., Follette V.M. *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*. 2011. New York: Routledge. 466p.
- <230>Egeland B., Erikson E. Rising above the past: Strategies for helping new mothers break the cycle of abuse and neglect// *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987. Vol. 56. pp. 29–35.

- <231> Emerson D., Hopper E. *Overcoming trauma through yoga*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. 2011. 184 pp.
- <233> End Violence against Children [Электронный ресурс] <https://www.end-violence.org/>
- <234> Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*. 2010; 76:317–326 p.
- <235> European Forum for Restorative Justice. *Practical Guide. Implementing Restorative Justice with Children*. P. 104–107.
- <236> European Forum for Restorative Justice. *Practical Guide. Implementing Restorative Justice with Children*. Brussels, 2018 [Электронный ресурс]. URL: https://www.euforumrj.org/sites/default/files/2020-11/RJ%20Child%20Victims%20implementing_practical_guide_eng-2-129.pdf. (дата обращения: 22.08.2021). P. 36.
- <237> Evers, K.E., Prochaska, J.O., Van Marter, D.F., Johnson, J.L., & Prochaska, J.M. (2007). Transtheoretical-based bullying prevention effectiveness trials in middle schools and high schools. *Educational Research*, 49, 397–414 p.
- <238> Farrington D.P., Malvaso C.G. *Physical Punishment and Offending in Two Successive Generations of Males*, Editor(s): India Bryce, Yolande Robinson, Wayne Petherick, Child Abuse and Neglect, Academic Press, 2019, Pages 203–224. ISBN 9780128153444, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815344-4.00011-8>.
- <239> Finkelhor D. *Review of Child Sexual Abuse: New Theory and Research // Contemporary Sociology*. 1985. Vol. 14. № 6. P. 712–713.
- <240> Finkelhor D. *Child sexual abuse: New theory and research*. N.Y.: Free Press, 1983, 248 pp.
- <241> Faller K.C. *Interviewing Children About Sexual Abuse. Controversies and Best Practice*. Oxford University Press, 2007. 310 p.
- <242> Faller K.C. *Forty Years of Forensic Interviewing of Children Suspected of Sexual Abuse, 1974–2014: Historical Benchmarks // Social Sciences*. 2015. № 4. P. 34–65.
- <243> *Family Group Conferences, where Next? Policies and Practices for the Future* / ed. by. Ashley C., Nixon P. Family Rights Group, 2007. P. 1.
- <244> Faureholm J., Brønholt, L.L. *Familierådslagning: enbeslutningsmodel*. Copenhagen: Hans Reitzel, 2005.
- <245> Frogley C. *Developmental Trauma: How useful is this framework?* [Электронный ресурс] <https://www.acamh.org/blog/developmental-trauma-useful-framework/>

- <246>Fivush, R. The Development of Autobiographical Memory // The Annual Review of Psychology. – 2011. – V. 62. – p. 559–582. <https://pdfs.semanticscholar.org/3650/b43acbc07c050f9ebe1215e90474406e8f5d.pdf>
- <247>Gal T. Child Victims and Restorative Justice: A Needs-Rights Model. Oxford: OxfordUniversityPress, 2011. P. 128–133.
- <248>Gal T. Setting Standards for Child-Inclusive Restorative Justice // Family Court Review. 2021.Vol. 59. No. 1. P. 146. DOI: 10.1111/fcre.12546.
- <249>Garbarino J., Guttman E., Seeley J.A. The Psychologically Battered Child. San-Francisco: Jossey-Bass, 1986, 286 pp.
- <250>Garbarino J., Sherman D. High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment // Child Development. 1980. Vol. 51. № 1. P. 188–198.
- <251>Gil D. Violence against children. 1990. 245 p.
- <252>Gil D. (1970), Violence against children: Physical child abuse in the United States, Cambridge MA, Univ. Press <http://dx.doi.org/10.15405/epsb>.
- <252>Gil D. (1970), Violence against children: Physical child abuse in the United States, Cambridge MA, Univ. Press <http://dx.doi.org/10.15405/epsb>.
- <253>Glick N.P., Lating J.M., Kotchick B. Child sexual abuse evaluations in an emergency room: an overview and suggestions for a multidisciplinary approach // Int J Emerg Ment Health. 2004. Vol. 6(3). P. 111–20.
- <254>Green R. Is pedophilia a mental disorder? // Archives of Sexual Behavior. 2002. Vol. 31. № 6. P.467–471.
- <255>Guthkelch A.N. Infantile subdural hematoma and its relationship to whiplash in furries. BMJ, 1971; 2: 430–4.
- <256>Hagemann O. Restorative Justice as Common Ground for Two Variants of Conferencing in Germany / in The Quiet Revolution. Aggrandising people power by Family Group Conferences, R. Clarijs & T. Malmberg (eds.). Amsterdam: SWP Publishers. P. 137.
- <257>Handling Child Abuse Disclosure. <https://www.childhelp.org/story-resource-center/handling-child-abuse-disclosures/>
- <258>Hart S.N., Germain R., Brassard M.R. The challenge: To better understand and combat psychological maltreatment of children and youth // M.R. Brassard, Germain R., Hart S.N. (Eds.) Psychological Maltreatment of children and Youth. New York: Pergamon Press, 1987.
- <259> Havnen K.J.S., Christiansen Ø. Knowledge Review on Family Group Conferencing. Experiences and Outcomes. Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare (RKBU West), Uni Research Health, 2014. P. 20.

- <260>Hobbs C.J., Hanks H.G., Wynne J.M. Child abuse and neglect. A clinicians handbook. Longman Group. London. 1993. 133 p.
- <261>Hug-Hellmuth H. On the technique of child analysis. *Int J Psychoanal.* 1921; 2: 287–305.
- <262>ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Электронный ресурс] [https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http %3a %2f %2fid.who.int %2fid %2fentity %2f585833559](https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559)
- <263>ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Электронный ресурс] [https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http %3a %2f %2fid.who.int%2fid %2fentity %2f1703296220](https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1703296220)
- <264>INSPIRE: семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей [Электронный ресурс] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246216/WHO-NMH-NVI-16.7-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <265> ISPACAN – международное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми и безнадзорности. URL: <https://www.isp-can.org/?v=402f03a963ba>
- <266>Iwaniec D. The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment, and intervention. New York: Wiley, 1996.
- <267>Iwaniec D. The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment, and intervention. New York: Wiley, 1996, P. 14.
- <268>Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W. and Silver, H.K. The battered-child syndrome. *JAMA.* 1962 Jul 7;181:17–24.
- <269>Kernberg PF, Ritvo R, Keable H; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 May;51(5):541–57. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.015. PMID: 22525961.
- <270>Kindesmisshandlung [Электронный ресурс] <https://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/gewalt/kindesmisshandlung>
- <271>Kindler H., Lillig S., Blueml H., Meysen T., Werner A. (Hg) Handbuch Kindeswohlgefaerdungnach Par. 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. 2006. [Электронный ресурс] https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/asd_handbuch.pdf
- <272>Kinder Schuetzen. Eine Handreichung fuer Lehrkraefte und paedagogische Fachkraefte [Электронный ресурс]
- <273>Klabunde M. The moderating effects of sex on insula subvision structure in youth with posttraumatic stress symptoms // *Depression and Anxiety.* 2016. Vol. 34. P. 51–58.

- <274>Lalayants M., Epstein I. Evaluating multidisciplinary child abuse and neglect teams: a research agenda // *Child Welfare*. 2005. Vol. 84(4). P. 433–58.
- <275>Landberg A., Jonsson L. A part of reality on children, sexual abuse and the Internet. Sweden. Stiftelsen Allmänna Barnhuset & Barnafriid, Linköpingsuniversitet. 2018. 32 p.
- <276>Leary M.R., Kowalski R.M., Smith L., Phillips S. Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings // *Aggressive Behavior*. – 2003. – Vol. 29. – P. 202–214.
- <277>Lenane A.M. Child Physical Abuse // *Pediatric Clinical Advisor Instant Diagnosis and Treatment*. Mosby, Inc. 2007. pp. 109-110.
- <278>Levine P.A. In an Unspoken Voice. How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. North Atlantic Books, Berkeley, California, Ergos Institute Press, Lyons, Colorado. 2010. – 446 p.
- <279>Levine P.A., Kline M. Trauma Through a Child’s Eyes: Awakening the Ordinary Miracle of Healing. 2006. 537 p.
- <280>Lim L. Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis // *American Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 8. P. 1–10.
- <281>Loftus E.F., Ketcham K. The Myth of Repressed Memory. N.Y., 1994.
- <282>Lombardo L., Polonko K.A. Interdisciplinary Contributions to the Prevention of Child Maltreatment // *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences: Annual Review*. Vol. 4 (12). P. 89–112. doi:10.18848/1833–1882/CGP/v04i12/53044.
- <283>Ludwig S. A multidisciplinary approach to child abuse // *Nurs Clin North Am*. 1981. Vol. 16(1). P. 161–5.
- <284>Lux V., Richter J.T. (Hrsg.) Kulturen der Epigenetik: vererbt, kodiert, uebertragen. DeGruiter. 2014.
- <285>Machado J.D., Caye A., Frick P.,J., Rohde L.A. DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In: Rey J.M., editor. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescents Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2013. pp. 246–248.
- <286> MacEachern A.G., Alluede A., Kenny M.C. Emotional abuse in the classroom: Implications and Interventions for Counselors // *Journal of Counseling and Development*. 2008. [Электронный ресурс] file:///C:/Users/ %D0 %9C %D0 %B0 %D1 %80 %D0 %B3 %D0 %BE %D1 %80 %D0 %B8 %D1 %82 %D0 %B0/Downloads/Emotional_Abuse_in_the_Classroom_Implications_and_.pdf
- <287>MacLean, P. D. (1990). The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions. New York: Plenum Press.
- <288>Mercer V., Madsen K.S. Doing Restorative Justice in Cases of Sexual Violence: A Practice Guide / ed. by M. Keenan, E. Zinsstag. Leuven: Leuven

Institute of Criminology, 2015 [Электронный ресурс]. URL: http://www.euforumrj.org/wp-content/uploads/2015/09/Doing-restorative-justice-in-cases-of-sexual-violence_practice-guide_Sept2015-1.pdf (дата обращения: 08.08.2021). P. 13.

<289> Merrell, K.W., Guelder, B.A. Social and Emotional Learning in the Classroom: Promoting Mental Health and Academic Success. New York, NY: Guilford Press. 2010. 174 pp.

<290> Merrell, K.W., Guelder, B. A., Ross, S. W., & Isava, D. M. (2008). How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. *School Psychology Quarterly*, 23, 26–42.

<291> Millington L., Watson T. Virtual Restorative Justice: Good Practice Guide, 2020 [Электронный ресурс]. URL: https://why-me.org/wp-content/uploads/2020/09/Why-Me_-_Virtual-Restorative-Justice-with-video-links.pdf (дата обращения: 23.08.2021).

<292> Ministry for Children of New Zealand. Children's and Young People's Well-being Act. 27 May 1989 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/1989/0024/121.0/DLM147088.html> (дата обращения: 07.08.2021).

<293> Missbrauch verhindern! Sexuelle Gewalt [Электронный ресурс] <https://www.polizei-beratung.de/fileadmin/Medien/194-BR-Missbrauch-verhindern.pdf>

<294> Naglieri J.A., Goldstein S. Baumrind's Parenting Styles [Electronic resource] // *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. New York: Springer, 2011. P. 213–215.

<295> Nelson, K., Fivush, R. The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory // *Psychological Review*. – 2004. – Vol 111. – S. 486–511.

<296> New Zealand Ministry for Children. Guidance: Care and protection family group conference [Электронный ресурс]. URL: <https://practice.orangatamariki.govt.nz/our-work/interventions/family-group-conferencing/care-and-protection-family-group-conference/> (дата обращения: 21.08.2021).

<297> Niu Shuanghong Jenny, Niemi Hannele. Teachers Support of Students' Social – Emotional and Self Management Skills Using a Solution – Focused Skillful – Class Method. *The European Journal of Social and Behavioural Sciences EJSBS* Volume XXVII, 2020 (eISSN: 2301–2218).

<298> NICHD Protocol. International Evidence-Based Investigative Interviewing of Children [Электронный ресурс]. URL: <http://nichdprotocol.com/>

- <299>Nixon, P., Burford, G., Quinn, A. A Survey of International Practices, Policy & Research on Family Group Conferencing and Related Practices. Vermont: University of Vermont, Department of Social Work. 2005.
- <300> Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York, NY: WWNorton & Company.
- <301>Ogden P., Pain C., Fisher J. A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 2006. p. 263–279.
- <302>Olweus D. «The Olweus Bullying Prevention Program: implementation and evaluation over two decades» // *Handbook of bullying in schools* / ed. By S.R. Jimerson et al. – Oxford: Routledge, 2010 – p. 377–402.
- <303>Olweus D. «Understanding and researching bullying: some critical issues» // *Handbook of bullying in schools* / ed. By S.R. Jimerson et al. – Oxford: Routledge, 2010
- <304>Orpinas P., Horne A. Bullying prevention. Creating a Positive School Climate and Developing Social Competence. Washington DC, 2006.
- <305>Orth U., Maercker A. Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? // *Journal of Interpersonal Violence*. 2004. Vol. 19. P: 212–27.
- <306>Paine, Mary L. and Hansen, David J., «Factors influencing children to self-disclose sexual abuse» (2002). Faculty Publications, Department of Psychology. 59. <https://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/59>
- <307> Polansky N. ‘Family radicals’ // *children and Youth Services review*. 1992. Vol. 14(1/2), pp. 19–26.
- <308> Popowitz C. Therapist’s Perspective on the Use of Somatic Intervention in Childhood Trauma. 2014.n [Электронный ресурс] https://sophia.stkate.edu/msw_papers/377
- <309> Porges S. Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. In D. Fosha, DJ. Siegel, & MF. Solomon (Eds.), *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. W.W. Norton & Co. 2009. pp. 27–54.
- <310> Porges S.W. The polyvagal perspective // *Biological Psychology*. 2007. Vol. 74. – p. 116–143. [Электронный ресурс] <https://static1.squarespace.com/static/5c1d025fb27e390a78569537/t/5ccdff07971a1863597cbd47/1557004040202/polyvagal-perspective.pdf>
- <311> Porges, Stephen W. The polyvagal theory Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (1st ed.). New York: W.W. Norton. 2011. – 347 p.
- <312>Porges, S.W. Play as a neural exercise: Insights from the Polyvagal Theory // *The Power of Play for Mind Brain Health*. 2015. Pp. 3–7.

- <313>Robinson Yol. Child Abuse and Neglect. Chapter 1 – Child Abuse: Types and Emergent Issues. Forensic Issues in Evidence, Impact and Management, 2019, Pages 3–22.
- <314>Rothschild B. (2000). The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York, NY: W.W. Norton & Company
- <315>Russell w., Dalby J., Hart R. Childhood sexual abuse of boys as gender-based violence. 2017. P. 37–45.
- <316>Russell w., Dalby J., Hart R. Childhood sexual abuse of boys as gender-based violence. 2017. P. 37–45.
- <317> Salmivalli C. Karna A. Poskiparta E. «From peer putdowns to peer support: a theoretical model and how it translated into a national anti-bullying program» // Handbook of bullying in schools / ed. By S.R. Jimerson et al. – Oxford: Routledge, 2010 – p. 441–454.
- <318>Schmid M., Fegert J.M., Petermann F. Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra // Kindheit und Entwicklung. 2010. Vol. 19 (1), pp. 47–63.
- <319>Schmid M., Perez T., Schröder M., Gassmann Y. Möglichkeiten der traumasensiblen/ -pädagogischen Unterstützung von Pflegefamilien: Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. In book: Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. 2017. pp. 118–132.
- <320>Scuse D. Emotional abuse and delay in growth // R. Meadow (Ed.) ABC of Child Abuse. London: British Medical Association, 1989.
- <321>See Practice Standards for Family Group Conferences [Электронный ресурс]. URL: https://coventrychildcare.proceduresonline.com/p_prct_stand_fg.html (дата обращения: 21.08.2021).
- <322>Sexueller Missbrauch von Kindern [Электронный ресурс] <http://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/sexualdelikte/sexueller-missbrauch-von-kindern/>
- <323>Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2016). EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma (Updated.). New York: Basic Books. 2016. – 384.
- <324> Stanford Medicine. Signs and Symptoms of Abuse and Neglect <https://childabuse.stanford.edu/screening/signs.html>
- <325>Strang H. Repair or Revenge: Victims and Restorative Justice. Oxford: Clarendon Press, 2002.
- <326>Schachter C.L., Stalker C., Teram E. Toward sensitive practice: Issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse // Physical Therapy. 2008. Vol. 79. P. 248–261.
- <327>Steel B.F., Pollock C.B. A Psychiatric study of parents who abuse infants and small children // R.E. Helfer, C.H. Kempe (Eds.). The battered child. Chicago: University Of Chicago Press, 1968.

- <328>Studer L.H., Aylwin A.S. Pedophilia: the problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment // *Medical hypotheses*. 2006. Vol. 67. № 4. P. 774–781.
- <329>Summit R.C. The child sexual abuse accommodation syndrome // *Child Abuse and Neglect*. 1983. Vol. 7 (2). P. 93–177.
- <330>Tener D., & Murphy S. (2015). Adult Disclosure of Child Sexual Abuse: A Literature Review // *Trauma, Violence & Abuse*. 16(4), 391–400. Retrieved August 19, 2021, from <https://www.jstor.org/stable/26638369>
- <331>Teram E., Schachte C., Stalker C. Opening the doors to disclosure: Childhood abuse survivors reflect on telling physical therapists about their trauma // *Physiotherapy*. 2009. Vol. 85(2). P: 88–97.
- <332>Terr, LC (1979). «Children of Chowchilla: a study of psychic trauma». *The Psychoanalytic Study of the Child*. 34: 547–623. doi:10.1080/00797308.1979.11823018. PMID 504534
- <333>Terr L.C. Childhood Traumas: An Outline and Overview // *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148 (1). pp. 10–20. [Электронный ресурс] <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.6917&rep=rep1&type=pdf>
- <334>The International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect [Электронный ресурс] <https://www.ispcan.org/?v=402f03a963ba>
- <335>The National Child Traumatic Stress Network [Электронный ресурс] <https://www.nctsn.org>
- <336>Thulin J., Kjellgren C. & Nilsson D. Children’s Disclosure of Physical Abuse – The Process of Disclosing and the Responses from Social Welfare Workers // *Child Care in Practice*. 2006. 26 (3). P. 285–299, DOI:10.1080/13575279.2018.1555139
- <337> Tomison, A. M., & Tucci, J. (1997). Emotional abuse: The Hidden Form of Maltreatment. *Issues in Child Abuse Prevention*, 8. Retrieved November 9, 2007. [Электронный ресурс] <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues8/issues8.html>
- <338>Tornero María D.L. Angeles, Capella Claudia / Change during Psychotherapy through Sand Play Tray in Children That Have Been Sexually Abused / *Frontiers in Psychology*, № 8, 2017. P.617. URL=<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00617>. DOI=10.3389/fpsyg.2017.00617. ISSN=1664–1078
- <339>Townsend C. Child sexual abuse disclosure: What practitioners need to know. 2006. Charleston, S.C., Darkness to Light. Retrieved from www.D2L.org.
- <340>Trauma: Seelische Verletzungen durch stark belastende Vorfälle. Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung

[Электронный ресурс] <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/trauma/definition-trauma/>

^{<341>}Ttofi M.M., Farrington D.P., & Baldry A.C. (2008). Effectiveness of programmes to reduce school bullying: A systematic review. The Swedish National Council for Crime Prevention. Retrieved January- [Электронный ресурс]URL: http://www.bra.se/extra/faq/?module_instance=2&action=question_show&id=474&category_id=9 (дата обращения 03.08.2021).

^{<342>}Turvey B.E. Victimity: Entering the criminal justice system. In B.E. Turvey & W. Petherick (Eds.), *Forensic victimology: Examining violent crime victims in investigative and legal contexts*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science. 2014. P.33.

^{<343>}Ullman S.E., Filipas H.H. Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims // *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol.14. P: 393–413.

^{<344>}United Nations Office on Drugs and crime. UN Handbook on Restorative Justice Programmes. Second Edition. United Nations Office on Drugs and Crime. Vienna: 2020 [Электронный ресурс].URL: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/20-01146_Handbook_on_Restorative_Justice_Programmes.pdf(дата обращения: 05.08.2021). P. 68

^{<345>}United Nations Office on Drugs and Crime. A summary of comments received on the use and application of the Basic Principles on the Use of Restorative Justice Programmes in Criminal Matters, 2017 [Электронный ресурс]. URL: www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_26/E_CN15_2017_CRP1_e_V1703590.pdf. (дата обращения: 22.08.2021).

^{<346>}United Nations Office on Drugs and crime. UN Handbook on Restorative Justice Programmes. Second Edition. Vienna, 2020 [Электронный ресурс]. URL: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/20-01146_Handbook_on_Restorative_Justice_Programmes.pdf. P. 24. (дата обращения: 07.08.2021).

^{<347>}Vallone R., Addona F., D’Elia L., Vicari S. Child abuse: a multidisciplinary approach // *Child Abuse*. 2009. Vol. 19. P. 207–210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2009.08.021>

^{<347_1>}^{>270} Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401– 408.

^{<348>}Vorstellung der Zahlenkindlicher Gewaltopfer – Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2020 [Электронный ресурс] <https://beauftragter-missbrauch.de/presse/pressemitteilungen/detail/vorstellung-der-zahlen-kindlicher-gewaltopfer-auswertung-der-polizeilichen-kriminalstatistik-pks-2020>

<³⁴⁹>Weisser Ring [Электронный ресурс] <https://weisser-ring.de/>

<³⁵⁰>Willard N. Cyber bullying and cyber threats: Responding to a challenge of online social cruelty, threats and distress. Champaign: Research Press, 2007. 311 p.

<³⁵¹> Williams, N. From trauma to resiliency: Lessons from former runaway and homeless youth / N. Williams, E. Lindsey, P. Kurtz, S. Jarvis // Journal of Youth Studies. – 2011. – Vol. 4. – P. 233–253.

ГЛОССАРИЙ

INSPIRE – системный международный проект, целью которого является сбор данных, мониторинг состояния проблемы насилия в отношении детей и формулирование на основе этих данных стратегий, призванных помочь странам и сообществам сосредоточить усилия на профилактических программах и услугах, обладающих наибольшим потенциалом для снижения уровня насилия в отношении детей.

ISPCAN – международное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми и безнадзорности (ISPCAN) работает над предотвращением и уменьшением негативных последствий жестокого обращения и насилия в отношении детей. Основанная Генри Кемпе в 1977 году, организация ISPCAN является единственной международной некоммерческой организацией, которая объединяет специалистов, работающих в области профилактики и лечения всех форм насилия, жестокого обращения или безнадзорности детей. Члены ISPCAN, имеющие доступ к исследованиям, инструментам и передовой практике, помогают тысячам детей не только пережить безнадзорность и жестокое обращение, но и развиваться и процветать¹⁹.

SIBAM – в методе соматического переживания П. Левина аббревиатура элементов, составляющих целостный опыт человека: ощущение (sensation), образ (image), поведение (behavior), аффект (affect), смысл (meaning). При травме связи между элементами дисфункциональны, образуют комплексы дезадаптивных представлений, эмоционально окрашенных реакций и поведенческих паттернов. Терапия восстанавливает целостность, гибкость и связанность опыта человека.

Абьюз (от англ. abuse – «злоупотребление» и «плохое обращение») – проявление физического или психологического насилия по отношению к человеку, независимо от возраста и гендерной принадлежности.

Акцентуация характера – такая выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, которая представляет собой крайний вариант нормы и обуславливает возникновение дезадаптации при определенных условиях. В зависимости от типа акцентуации можно говорить об уязвимости к средовым воздействиям того или иного содержания (конфликтам, фрустрации, переменам в укладе жизни, ситуациям проверки знаний, одиночеству и т.д.).

Амбивалентность – нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся одновременным существованием двух противоположных эмоций или вариантов отношения к чему-либо (кому-либо).

¹⁹ ISPCAN – международное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми и безнадзорности. URL: <https://www.ispcan.org/?v=402f03a963ba>

Амнезия – нарушение памяти, состоящее в утрате способности сохранять и воспроизводить ранее усвоенный материал, опыт. В случае психической травматизации может распространяться на период времени, предшествующий острому болезненному состоянию или самой травме (**ретроградная амнезия**) или следовавший непосредственно за этим состоянием или самой травмой (**антероградная амнезия**).

Апатия – особое эмоциональное состояние, характеризующееся безразличием, безучастностью, отрешенностью и отсутствием стремления к какой-либо деятельности.

Астения – недостаток выносливости, проявляющийся в преждевременном утомлении и, как следствие, снижении умственной работоспособности к концу выполняемого задания.

Аффективные расстройства (расстройства настроения) – обширная группа психических расстройств, которые характеризуются главным образом нарушениями в эмоциональной сфере. В структуре аффективных расстройств в разных пропорциях могут быть представлены нарушения как депрессивного, так и маниакального полюса. В зависимости от того, присутствуют ли в клинической картине маниакальные/гипоманиакальные эпизоды, различают монополярный (униполярный) и биполярный типы течения.

Белое кольцо – общественная благотворительная организация, оказывающая помощь жертвам преступлений и занимающаяся профилактической работой.

Бред – не поддающееся коррекции и не соответствующее реальности убеждение или суждение. Во многих случаях фабула бреда сообразна жизненному опыту и личностным особенностям пациента и потому является по-своему психологически понятной, объяснимой с учетом анамнеза.

Буллинг – постоянные намеренные негативные действия, направленные на одного и того же ребенка со стороны других детей или взрослых, обладающих большей силой или властью.

Ведущий восстановительных программ (фасилитатор) – лицо, прошедшее специальную подготовку в области восстановительного правосудия и обладающее функциями организации и проведения восстановительных программ на основе принципов восстановительного правосудия.

Вербальная агрессия – символическая форма агрессии в виде причинение психологического вреда с использованием преимущественно вокальных (крик, изменение тона) и вербальных компонентов речи (инвектива, оскорбления и т.п.). При этом факт причинения вреда должен быть реальным и заведомо очевиден как для агрессора, так и его жертвы.

Виктимное поведение – совокупность приобретенных человеком физических, психических и социальных черт и признаков, повышающих вероятность превращения его в жертву преступления или деструктивных действий.

Внушаемость – свойство личности, выражающееся в восприимчивости к психическим воздействиям со стороны другого лица или группы лиц.

Возрастные симптомы – проявления реагирования психики ребенка на патогенное воздействие (например, на психическую травму), типичные для определенного возрастного периода.

Воронка исцеления – в методе соматического переживания П. Левина ресурсные телесные переживания, приобретающие в процессе работы с травмой все большую выраженность за счет устранения травматических переживаний.

Воронка травмы – в методе соматического переживания П. Левина избыток энергии, связанный с травматическим событием и переживанием и представляющий собой результат прерванного процесса борьбы и бегства, вызванного травмой. Центральный пункт, или «дно» воронки образуют наиболее интенсивные и тяжелые переживания, нарушающие нормальное функционирование телесных и психологических процессов: страх, головокружение, подавленность, сжатие, упадок сил.

Восстановительная программа – основанная на принципах восстановительного правосудия процедура, которая проводится с помощью независимого и беспристрастного ведущего, предусматривающая в отношении всех лиц, на которых оказало воздействие преступление, конфликт и (или) иная сложная ситуация, в случае их добровольного согласия предоставление возможности для активного участия в обсуждении ситуации, вариантов ее урегулирования и достижения соглашения о приемлемых способах разрешения проблем, заглаживания причиненного вреда, а также путей предотвращения повторения подобных ситуаций в будущем²⁰.

Восстановительное правосудие – любой процесс, который позволяет тем, кому был причинен вред преступлением, и тем, кто несет ответственность за этот вред, в случае их добровольного согласия, активно участвовать в разрешении вопросов, возникающих в связи с совершением правонарушения, с помощью обладающей специальной подготовкой и беспристрастной третьей стороны²¹.

²⁰ Резолюция № 7ОПК-18/1297 Комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и поддержке ветеранов Общественной Палаты РФ от 08 июля 2021 г. С. 3–4.

²¹ Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation CM/Rec(2018)8 to Member States Concerning Restorative Justice in Criminal Matters. 03 October 2018 [Электронный ресурс]. URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016808e35f3. (датаобращения: 01.08.2021).

Восстановительный риск – любой фактор или соображение с точки зрения восстановительной практики, который может потенциально стать поводом причинения еще большего вреда одной из сторон²².

Восстановление социальной ситуации развития ребенка – задача психокоррекции в культурно-историческом подходе к работе с ребенком, переживающим психическую травму. Решается с помощью создания ряда замещающих ситуаций, последовательно и постепенно возвращающих ребенка в нормальную для его возраста систему отношений с обществом.

Вред здоровью – изменение в сторону ухудшения физиологического состояния человека по отношению к тому уровню, который был до возникновения патологии.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединённых Наций, состоящее из 194 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем здравоохранения населения Земли.

Галлюцинация – ложное восприятие, при котором кажущиеся образы возникают в отсутствие реальных объектов.

Деадаптация – частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям среды.

Декриминализация – признание деяния непроступным, исключением его признаков из уголовного закона, отмена уголовной ответственности за его совершение (возможно, с установлением за него других видов ответственности, например, административной).

Депрессия – болезненное психическое состояние, характеризующееся тоскливым настроением, торможением интеллектуальной и моторной деятельности (депрессивная триада). В качестве ассоциированных симптомов могут выступать снижение витальных побуждений, пессимизм в оценке себя, своего жизненного пути и окружающего мира, соматоневрологические расстройства и пр.

Десенсибилизация – снижение негативного напряжения по поводу определенных ситуаций и объектов.

Деятельность – осмысленное и целенаправленное взаимодействие человека с окружающей средой, характеризующееся предметностью, опосредованностью, субъектностью и имеющее социальную природу. В структуре деятельности выделяют: мотивы, побуждающие к деятельности; цели как прогнозируемые результаты этой деятельности; операциональные составляющие, с помощью которых деятельность реализуется.

²² *Mercer V., Madsen K.S. Doing Restorative Justice in Cases of Sexual Violence: A Practice Guide* / ed. by M. Keenan, E. Zinsstag. Leuven: Leuven Institute of Criminology, 2015. P. 13. URL: http://www.euforumtj.org/wp-content/uploads/2015/09/Doing-restorative-justice-in-cases-of-sexual-violence_practice-guide_Sept2015-1.pdf. (дата обращения: 08.08.2021).

Дизонтогенез психики – нарушение развития психики в целом или её отдельных составляющих, проявляющееся в несоответствии темпов и сроков развития существующим нормативам.

Дисфория – тоскливо-злобное настроение, мрачная угрюмость с направленностью на агрессивное поведение по отношению к окружающим.

Домострой (XVI век) – сборник правил, советов и наставлений по всем направлениям жизни человека и семьи, включая общественные, семейные, хозяйственные и религиозные вопросы, в которых зафиксирована необходимость полного подчинения и покорности детей родителям, поддерживаемых внушением и телесными наказаниями.

Допрос – процессуальное судебное-следственное действие для получения от допрашиваемого информации, которая может быть использована как доказательство. Сбор и проверка доказательств по уголовному делу.

Доследственная проверка – процессуальная деятельность в рамках уголовно-процессуального законодательства Российской Федерации по проверке сообщения о преступлении, заключающаяся в установлении наличия или отсутствия фактических и юридических оснований для возбуждения уголовного дела.

Единый Общероссийский телефон доверия для детей, подростков и их родителей 8–800–2000–122. В службе телефона доверия работают прошедшие специальную подготовку психологи-консультанты. Их главная задача – снять остроту психоэмоционального напряжения, переживаний, которые испытывает звонящий в данный момент, и уберечь юного или взрослого собеседника от опрометчивых и опасных поступков, вместе с абонентом проанализировать ситуацию, выявить ее причины, подсказать алгоритмы выхода из сложившегося положения, мотивировать человека на то, чтобы он сам постарался решить проблему. Общение с психологом абсолютно анонимно: называть свое имя, фамилию, адрес никто не потребует, счета за разговор, каким бы длительным он не получился, не последует – звонок с любого мобильного или стационарного телефона бесплатный²³.

Жестокое обращение с ребенком – социально неприемлемое поведение виновного по отношению к несовершеннолетнему, состоящее в применении к ребенку физического или психического насилия либо в покушении на его половую неприкосновенность, в применении недопустимых способов воспитания (в грубом, пренебрежительном, унижающем человеческое достоинство обращении с детьми, оскорблении или эксплуатации детей) (по определению, данному в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 14.11.2017 N 44 «О практике применения судами законодательства при разрешении споров, связанных

²³ О детском телефоне доверия. URL: <https://telefon-doveria.ru/about/>

с защитой прав и законных интересов ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью, а также при ограничении или лишении родительских прав»).

Задержанное психическое развитие (ЗПР) – недостаточность уровня развития отдельных психических функций по сравнению со средненормативными показателями.

Идентификация с агрессором (стокгольмский синдром) – отождествление жертвы агрессии с агрессором. Защитная реакция, при которой субъект в своём стремлении выжить уподобляется агрессору, как бы мимикрирует, то есть принимает его мотивы, ценности, установки и жизненные позиции.

Интересы ребенка – жизненно важные потребности ребенка, удовлетворение которых необходимо для его нормальной жизни и всестороннего развития.

Инфантицид – убийство детей.

Инцест – сексуальные связи между людьми, состоящими в родстве, в частности – между родителями и детьми.

Истощаемость – характеристика психической деятельности в целом и отдельных психических процессов (внимания, мышления, памяти), состоящая в слишком быстром снижении или неустойчивости показателей результативности. Истощаемость может иметь в своей основе различные механизмы, хотя чаще всего ее связывают с астенизацией.

Кибергруминг – процесс вступления взрослого человека в виртуальный контакт с ребёнком, кратковременное или долговременное общение с ним с целью провокации возникновения у ребёнка сексуальной активности и/или доверия к собеседнику, необходимых для осуществления дальнейшего сексуального злоупотребления ребёнком, которое может заключаться в достижении взрослым сексуального удовлетворения или производстве и распространении им порнографических материалов с участием ребёнка.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – вид психотерапии, который ориентирует людей на распознавание и изменение деструктивных и тревожных форм мыслей и убеждений, негативно влияющих на эмоции и поведение.

Когнитивный копинг – способы, используемые человеком для исследования своих мыслей, выявления и исправления неточных или мешающих им мыслей или убеждений.

Кодировки проявлений физического насилия Всемирной организации здравоохранения в Международной классификации болезней (МКБ-9): 995.50 – общее злоупотребление; 995.54 – физическое

насилие; 995.55 – синдром детского сотрясения; 995.59 – множественные формы злоупотреблений; Добавляются коды, чтобы указать преступника (насильника): V61.22 – родитель; V62.83 – не родитель.

Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав – коллегиальные органы системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, создаются высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации в целях координации деятельности органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по предупреждению безнадзорности, беспризорности, правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних, выявлению и устранению причин и условий, способствующих этому, обеспечению защиты прав и законных интересов несовершеннолетних, социально-педагогической реабилитации несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, выявлению и пресечению случаев вовлечения несовершеннолетних в совершение преступлений, других противоправных и (или) антиобщественных действий, а также случаев склонения их к суицидальным действиям²⁴.

Комплексная травма (травма развития) – изменения психической деятельности в результате длительного воздействия разных видов жестокого обращения (физического, сексуального, эмоционального или пренебрежения потребностями ребенка), сочетания всех или нескольких его вариантов.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство – вред, нанесенный психическому здоровью событием или серией событий крайне угрожающей или пугающей природы, чаще всего продолжительными или повторяющимися событиями, избегание которых затруднено или невозможно. К числу этих событий относится, в частности, домашнее насилие и повторяющиеся в детстве физическое и сексуальное насилие и злоупотребление. Специфическими признаками являются проблемы регуляции аффекта; пониженная самооценка и негативный образ «Я»; трудности коммуникации и близких отношений с другими людьми (МКБ-11).

Концепция «триединого мозга» – представление об эволюционном формировании структур и функций мозга в соответствии с тремя уровнями: 1) базальные ганглии (стволовая часть мозга, мозжечок) – «мозг рептилии»; 2) лимбическая система – «мозг млекопитающего»; 3) кора головного мозга (неокортекс). Все три уровня интегрированы в иерархическую систему, отвечающую за разные аспекты жизнедеятельности человека. Концепция предложена П. Макклином в 1960-е годы.

²⁴ Ст. 11. Федерального закона от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Копинг-стратегии – способы совладания со стрессом. Делятся на адаптивные (конструктивные), уменьшающие стресс, и дезадаптивные, повышающие стрессовые переживания. Выделяются копинг-стратегии, ориентированные на решение проблем и на изменение эмоционального состояния.

Критичность (критическая способность) – способность человека оценивать собственные свойства, внутренние процессы и поведение, действовать обдуманно, осознавать допущенные ошибки и признаки возможных проблем с психическим здоровьем.

Лабильность – неустойчивость эмоционального состояния, уровня концентрации, способа или итоговой эффективности выполнения заданий (реализации деятельности).

Латентная преступность – преступность, реально имевшая место, но по каким-либо причинам не попавшая в официальную статистику, скрытая или незарегистрированная часть фактической преступности

Личное время семьи – этап групповой семейной конференции, когда семье предоставляется возможность самостоятельно, без участия специалистов составить план урегулирования преступления, конфликта и (или) иной сложной ситуации, заглаживания причиненного вреда.

Личностные расстройства (аномалии личности) – обширная группа клинически значимых поведенческих особенностей, относительно устойчиво отражающих характеристики стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Речь идет о характеристиках, присущих пациенту с детства/подросткового возраста. В основе таких расстройств лежит дисгармония всех сфер личности с нарушением преимущественно эмоций и воли, своеобразным мышлением. Помимо относительной устойчивости, личностные расстройства характеризуются тотальностью влияния на все сферы психической жизни и свойством вызывать социальную дезадаптацию. Ранее личностные расстройства в широком спектре эмоционально-волевых нарушений в отечественной психиатрии именовались психопатиями. Личностные расстройства могут диагностироваться у подростков не ранее 16–17-летнего возраста, хотя черты того или иного расстройства могут проявляться и в более ранних возрастных периодах.

Лишение родительских прав – применяемая по решению суда мера защиты детей. Означает утрату родителями всех прав, основанных на факте родства с ребенком, в том числе право на воспитание, льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей, на содержание в старости.

Лонгитюдные исследования – научный метод, с помощью которого изучается одна и та же группа объектов в течение времени, за которое

эти объекты успевают существенным образом поменять какие-либо свои значимые признаки.

Малолетние – лица, не достигшие возраста 14 лет (ст. 28 ГК РФ).

Метод десенсибилизации и переработки с помощью движения глаз (EMDR) – терапевтический подход (автор – Ф. Шапиро), в основе которого лежит модель адаптивной переработки информации. С помощью движения глаз активизируются те участки мозга, которые отвечают за переработку информации, в том числе о травме, происходит угашение возбуждения, связанного с травмой. EMDR признан методом с доказанной эффективностью для лечения посттравматических расстройств.

Метод соматического переживания – терапевтический телесно-ориентированный подход в работе с психической травмой (автор – П. Левин), основанный на принципе нормализации естественных физиологических процессов в теле человека. Включает в себя техники определения фиксации неотреагированного напряжения реакций борьбы, бегства или замирания в психотравмирующей ситуации и освобождения от этих фиксированных физиологических состояний, благодаря чему восстанавливается нормальное телесное и психическое функционирование человека и его способность к саморегуляции.

Мониторинг – систематический сбор и обработка информации, которая может быть использована для улучшения процесса принятия решения, а также, косвенно, для информирования общественности или прямо как инструмент обратной связи в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики.

Мотив – материальный или идеальный «предмет», который побуждает и направляет на себя деятельность или поступок. С точки зрения теории деятельности, источником побудительной силы мотива и соответствующего побуждения к деятельности выступают актуальные потребности.

Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения – российская некоммерческая организация, учрежденная в 2004 году ведущими российскими специалистами, более 20 лет работающими с детьми из групп медицинского и социального риска. Миссия Фонда – защита прав детей через повышение качества помощи детям и семьям, обеспечение условий нормального развития для каждого ребенка. Приоритеты – содействие государственным органам в решении задачи сокращения сиротства и жестокого обращения с детьми в России, развитие социально ориентированных некоммерческих организаций, институтов гражданского общества и социального партнерства в интересах детей²⁵.

²⁵ Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения URL: <http://www.siroststvo.ru/fond/>

Невропатии – особые формы аномалий развития (дизонтогенеза) нервной системы, характеризующиеся ее повышенной возбудимостью в сочетании с повышенной истощаемостью. Невропатии обусловлены воздействием наследственно-конституциональных факторов, внутриутробных и перинатальных вредностей, ранних соматогенных и психогенных влияний. Патогенетической основой невропатий является дисбаланс функций вегетативной нервной системы, а клиническая картина во многом зависит от возраста, в котором проявилось заболевание.

Невротические расстройства – группа психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни.

Невротическое развитие личности – изменение личности с нарастанием стойких проявлений невроза (навязчивые состояния, приступы страха, истерические расстройства).

Негативизм – немотивированное, автоматическое противодействие любым побуждениям извне. По содержанию негативизм может носить пассивный, активный и парадоксальный характер; в последнем случае действия больного противоположны инструкции, инвертированы.

Неисполнение законными представителями несовершеннолетних обязанностей по их содержанию и воспитанию – предусмотренное ст. 5.35 КоАП РФ правонарушение, посягающее на нормальное физическое и психическое развитие ребенка, выражающееся в форме бездействия (неисполнения) или ненадлежащего исполнения родителями или иными З.п.н. обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних.

Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего – преступление против семьи и несовершеннолетних, заключающееся в бездействии или ненадлежащем исполнении действий по воспитанию несовершеннолетнего, соединенных с жестоким обращением с несовершеннолетним (ст. 156 УК РФ).

Некоммерческая организация (НКО) – некоммерческой организацией является организация, не имеющая извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющая полученную прибыль между участниками. Некоммерческие организации могут создаваться для достижения социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, в целях охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта, удовлетворения духовных и иных нематериальных потребностей граждан, защиты прав, законных интересов граждан и организаций, разрешения споров и конфликтов, оказания юридической помощи, а также в иных

целях, направленных на достижение общественных благ. **Социально ориентированными некоммерческими организациями** признаются некоммерческие организации, созданные в предусмотренных настоящим Федеральным законом формах (за исключением государственных корпораций, государственных компаний, общественных объединений, являющихся политическими партиями) и осуществляющие деятельность, направленную на решение социальных проблем, развитие гражданского общества в Российской Федерации [...]»²⁶.

Непосредственная угроза жизни или здоровью ребенка – угроза, с очевидностью свидетельствующая о реальной возможности наступления негативных последствий в виде смерти, причинения вреда физическому или психическому здоровью ребенка вследствие поведения (действий или бездействия) родителей (одного из них) либо иных лиц, на попечении которых ребенок находится. Такие последствия могут быть вызваны, в частности, отсутствием ухода за ребенком, отвечающего физиологическим потребностям ребенка в соответствии с его возрастом и состоянием здоровья (например, непредоставление малолетнему ребенку воды, питания, крова, неосуществление ухода за грудным ребенком либо оставление его на длительное время без присмотра) (по определению, данному в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 14.11.2017 N 44 «О практике применения судами законодательства при разрешении споров, связанных с защитой прав и законных интересов ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью, а также при ограничении или лишении родительских прав»).

Несовершеннолетний – лицо, не достигшее возраста 18 лет.

Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении – лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия (ст. 1 Федерального закона «Об основах профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Ограничение (лишение) дееспособности ребенка – производится судом по ходатайству родителей или лиц, их заменяющих при наличии достаточных оснований. Применяется в отношении несовершеннолетних от 14 до 18 лет при расходовании несовершеннолетними денег на цели, противоречащие закону и нормам морали (ст. 26 ГК РФ).

Ограничение и установление особых требований к поведению несовершеннолетнего – один из видов принудительных мер воспитательного воздействия, выраженный в запрете посещения определенных

²⁶ Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 N 7-ФЗ.

мест, использования определенных форм досуга, ограничении пребывания вне дома после определенного времени суток и другие меры (ч. 4 ст. 91 УК РФ).

Ограничение родительских прав – принудительное изъятие ребенка у родителей (одного из них), основанное на судебном решении, без лишения родительских прав. Допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и др.). Предусмотрено ст. 73 СК РФ.

Онтогенез психики – развитие психики конкретного человека или животного от рождения до конца жизни.

Опека и попечительство – правовые формы защиты личных имущественных прав и интересов ребенка. Регулируются гражданским и семейным законодательством (ст. ст. 32, 33 ГК РФ, 145 СК РФ). Опека устанавливается над детьми, не достигшими возраста 14 лет, а попечительство – от 14 до 18 лет.

Опознание, предъявление для опознания – процессуальное действие (ст. 193, 289 УПК РФ), состоящее в предъявлении в ходе предварительного расследования либо судебного следствия свидетелю, подозреваемому или обвиняемому (подсудимому) в установленном уголовно-процессуальном порядке какого-либо объекта (или его отображения) для установления тождества или различия с ранее им воспринимаемым объектом в связи с расследуемым событием.

Опосредование и интериоризация – принципы культурно-исторического подхода в работе с психической травмой у детей. Ребенку предлагаются психологические средства преодоления имеющейся проблемы, раскрываются их возможности и психологический механизм действия. Целенаправленно организуется процесс интериоризации, «присвоения» ребенком психологических средств и способов их использования.

Опрос – оперативно-розыскное мероприятие на первоначальной стадии проверки сообщения о преступлении, средство получения информации, которая не может быть использована в суде как доказательство.

Органические психические расстройства – психические заболевания, обусловленные идентифицированным патологическим процессом в структурах головного мозга. Могут выступать как остаточное (резидуальное) следствие ранее перенесенного заболевания или как сопутствующее нарушение при текущей мозговой патологии.

Органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних – государственные, муниципальные и общественные органы и учреждения, осуществляющие

мероприятия по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. К ним относятся: комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы управления социальной защитой населения, органы управления образованием, органы опеки и попечительства, органы по делам молодежи, органы управления здравоохранением, органы службы занятости, органы внутренних дел (ст. 4 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Органы опеки и попечительства – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, деятельность которых направлена на оказание подопечным и (или) опекунам или попечителям помощи в получении образования, медицинской помощи, социальных услуг, а также по подбору и подготовке граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями либо принять детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на воспитание в иных установленных семейным законодательством формах²⁷.

Органы управления социальной защитой населения в пределах своей компетенции: 1) осуществляют меры по профилактике безнадзорности несовершеннолетних и организуют индивидуальную профилактическую работу в отношении безнадзорных и беспризорных несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей, не исполняющих своих обязанностей по воспитанию, содержанию несовершеннолетних и (или) отрицательно влияющих на их поведение либо жестоко обращающихся с ними; 2) контролируют деятельность специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, иных учреждений и служб, предоставляющих социальные услуги несовершеннолетним и их семьям, а также осуществляют меры по развитию сети указанных учреждений²⁸.

Острая реакция на стресс (*шифр F43.0 по МКБ-10*) – преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В распространенности и тяжести таких реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия,

²⁷ Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».

²⁸ П. 1, ст. 12 Федерального закона от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

избыточное потоотделение, покраснение). Может присутствовать частичная или полная амнезия на стрессовое событие.

Отклоняющееся (девиантное) поведение – устойчивое поведение личности, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространённых и устоявшихся общественных норм.

Отклоняющееся развитие – изменения программы развития одной или нескольких психических функций, выходящие за пределы социально-нормативного «коридора» (таким образом, можно выделить позитивно отклоняющееся и негативно отклоняющееся развитие). Критерием отграничения негативно отклоняющегося развития от аномального считается наличие компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку преодолеть возрастную морфофункциональную несформированность.

Оценочные суждения – суждения правильности или неправильности сущности чего-либо или кого-либо или полезности чего-либо или кого-либо, основываясь на сравнении или другой относительности.

Очная ставка – следственное действие, в ходе которого проводится одновременный допрос двух и более ранее допрошенных лиц при наличии в их показаниях существенных противоречий. Цель очной ставки – устранить эти противоречия и выяснить их причину.

Пассивная агрессия – причинение вреда в форме активного бездействия, сознательного невмешательства в ситуацию, когда от агрессии страдает кто-то другой. Формами пассивной агрессии являются саботаж, обструкционизм, упрямство, промедление, непресечение насилия с чьей-либо стороны.

Патологическое (патохарактерологическое) формирование личности – вариант патологического развития личности, возникающий в связи с хронической психической травматизацией и приводящий к формированию краевых психопатий.

План семьи – документ, принимаемый по результатам групповой семейной конференции, где зафиксированы достигнутые семьей договоренности.

Пограничные психические расстройства – это условное обозначение клинически негрубых форм нервно-психических нарушений, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией. Основную роль в их возникновении играют социальные факторы. Пограничные расстройства преимущественно затрагивают лишь отдельные сферы психической деятельности.

Поддерживающие лица – любые лица из семьи или ближайшего окружения, присутствие которых, по мнению стороны конфликта, необходимо для того, чтобы более комфортно чувствовать себя во время проведения восстановительного программы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, шифр F43.1 по МКБ-10) – отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Типичные признаки ПТСР включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых ярких воспоминаниях («флешбэки»); чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безразличия к окружающему, избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме; перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность (сверхбдительность,), обостренная реакция испуга, нарушения сна. Могут проявляться депрессия, тревога, суицидальные тенденции. Развитию ПТСР способствует определенная предрасположенность или уязвимость человека в виде повышенной чувствительности, астеничности, тревожности (МКБ-10).

Правовая защита несовершеннолетних – система правовых средств, устанавливающих правовые отношения, предупреждающие, устраняющие нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего.

Правовой статус ребенка – это совокупность предусмотренных законодательством прав и обязанностей ребенка, гарантий их реализации и мер ответственности за невыполнение обязанностей.

Правосубъектность несовершеннолетних – это способность ребенка быть участником правоотношений, включает в себя правоспособность (способность иметь права и обязанности) и дееспособность (способность приобретать и реализовывать права и обязанности самостоятельно).

Преступления против жизни и здоровья – преступные деяния, предусмотренные главой 16 Уголовного кодекса РФ: убийства (ст. 105–108 УК РФ), доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства (ст. 110.1 УК РФ), организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства (110.2 УК РФ), причинение вреда здоровью (ст. 111–115 УК РФ), побои (ст. 116 и 116.1 УК РФ), истязание (ст. 117 УК РФ) и другие.

Преступления против половой неприкосновенности и свободы личности – преступные деяния, предусмотренные главой 18 УК РФ: изнасилование (ст. 131 УК РФ), насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ), понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ), половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста (ст. 134 УК РФ), развратные действия (ст. 135 УК РФ).

Приемные родители – супруги или отдельные граждане, взявшие на воспитание детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей.

Примирительный договор – документ, принимаемый по результатам медиации правонарушителя и пострадавшего, в котором фиксируются достигнутые сторонами договоренности.

Принуждение – форма насилия, выражающаяся в понуждении к определенным действиям вопреки свободной воле индивида. Принуждение характерно для широкого спектра агрессивных актов: от вымогательства и терроризма до различных форм рабства.

Принципы ювенальной юстиции – основные руководящие идеи, положения, определяющие деятельность органов ювенальной юстиции: законность; гуманизм; демократизм; преимущественно охранительная ориентация и социальная насыщенность; максимальная индивидуализация ответственности несовершеннолетних; доступность социально-правовой помощи; приоритет профилактического подхода и др.

Проверка показаний на месте – следственное действие, состоящее в показе ранее допрошенным лицом места и объектов, связанных с расследуемым событием, даче на этом месте пояснений, и одновременном сопоставлении этих пояснений с материальной обстановкой данного места с указанием на предметы и следы, значимые для расследования, демонстрацией определенных действий.

Прогрессиентность – это особенность течения заболевания с нарастанием симптомов, усилением их интенсивности и/или повышением разнообразия. Классический пример прогрессиентного заболевания – шизофрения.

Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних – система социальных, правовых, педагогических и иных мер, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних, осуществляемых в совокупности с индивидуальной профилактической работой с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально-опасном положении (ст. 1 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Психическая / психологическая травма – нарушение психической деятельности под воздействием тяжелых обстоятельств. К таким обстоятельствам относятся события, серии событий или совокупности обстоятельств, которые переживаются человеком как физически или психически вредоносные или угрожающие и оказывают длительное негативное влияние на функционирование человека и его психическое, физическое, социальное, эмоциональное или духовное благополучие.

Психическое здоровье (по определению ВОЗ) – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может

противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. Это понятие акцентирует внимание на возможностях сохранения нормального статуса человека с учетом факторов риска возникновения отклонений психического здоровья.

Психоз (психотическое состояние) – это глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении отражения реального мира, возможности его познания, изменении поведения и отношения к окружающему. Может сопровождаться бредом, помрачением сознания, грубыми нарушениями памяти, мышления, изменениями эмоциональной сферы, бессмысленными и бесконтрольными поступками и пр.

Психологическая адаптация – это система мероприятий, направленных на включение человека в системы необходимых связей и отношений (социально-бытовых, связанных с учебой, дружеских и т.д.), а также в исполнение соответствующих ролевых функций.

Психологические защиты – это неосознаваемые психические процессы, приходящие в действие ситуативно, при необходимости минимизировать отрицательные переживания.

Психологическое здоровье – это совокупность составляющих психического здоровья, которые определяют способность личности к реализации своего жизненного предназначения, решению центральной жизненной задачи. Здесь речь идет о способности не только к сохранению психологического равновесия, но и к саморазвитию, самосовершенствованию.

Психопатологический диатез (психическая предрасположенность) – это нервно-психические расстройства субклинического уровня, определяющие недостаточность способности к адаптации и компенсации. Иначе обозначается как нервно-психическая неустойчивость, проявляющаяся в условиях стрессового воздействия, или (в психологической литературе) субнорма.

Психосоматические заболевания – это группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Представляют собой психические расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физиологические патологии, развивающиеся под влиянием психогенных факторов.

Психотические расстройства – это обширная группа разнородных психических расстройств, сопровождающихся продуктивной психопатологической симптоматикой.

Психоэмоциональное состояние – состояние, возникающее в процессе жизнедеятельности субъекта, выражающееся в переживании им своего отношения к окружающей действительности и себе в данный момент времени, мотивирующий и регулирующий его деятельность.

Расстройства адаптации (*расстройства приспособительных реакций, шифр F43.2 по МКБ-10*) – это состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, создающее трудности для общественной деятельности и поступков, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Индивидуальная предрасположенность или ранимость играют важную роль в риске возникновения и форме проявления расстройств приспособительных реакций, однако не допускается возможность возникновения таких расстройств без травмирующего фактора. Проявления очень вариабельны и включают подавленность настроения, настороженность или беспокойство (или комплекс этих состояний), ощущение неспособности справиться с ситуацией, запланировать все заранее или решить оставаться в настоящей ситуации, а также включает некоторое снижение способности действовать в повседневной жизни. Одновременно могут присоединяться расстройства поведения, особенно в юношеском возрасте. Характерной чертой может быть краткая или длительная депрессивная реакция или нарушение других эмоций и поведения.

Реактивные (психогенные) расстройства – это патологические последствия психической травматизации, способные достигать невротического или психотического уровня. В их клинической картине обычно отражается содержание психической травмы.

Ребенок – лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия).

Ревиктимизация – повторная подверженность насильственным действиям. Тенденция снова становиться жертвой насилия, риск попасть в ситуации абьюза в качестве пострадавшего.

Регрессия – защитный механизм, являющийся формой психологического приспособления в ситуации конфликта или тревоги, когда человек бессознательно прибегает к более ранним, менее зрелым и менее адекватным образцам поведения, которые кажутся ему гарантирующими защиту и безопасность.

Регрессия – типичное последствие тяжелой шоковой психологической травмы, особенно у детей младшего возраста, в виде возврата к формам поведения и взаимоотношений с окружающими, типичным для предшествующих возрастных периодов.

Ретравматизация – возобновление и усиление переживания психической травмы в результате напоминания о ней или попадания в аналогичную ситуацию.

Родство – кровная связь между людьми (родственниками). Близкие родственники: родители, дети, бабушка, дедушка, внуки, родные братья и сестры. Дальние родственники: двоюродные и троюродные братья и сестры, дяди, тети и племянники и т.д.

Сексуальное насилие в отношении ребёнка – посягательство на половую неприкосновенность ребенка, нарушающее его психическое, физическое и нравственное развитие. Заключается в использовании девочки или мальчика взрослым или несовершеннолетним для удовлетворения своих сексуальных потребностей или получения материальной выгоды путем использования в качестве сексуального партнера для других.

Семейный суд – суд, в компетенцию которого входит решение дел об опеке и защите ребенка в случаях, когда ребенок подвергается жестокому обращению со стороны родителей.

Семь стратегий INSPIRE – 1) Принятие и обеспечение соблюдения нормативных актов; 2) Укрепление норм и ценностей; 3) Создание безопасной среды; 4) Поддержка родителей и воспитателей; 5) Повышение доходов и улучшение экономического положения; 6) Ответные меры и оказание поддержки; 7) Обучение и формирование жизненных навыков.

Семья, находящаяся в социально опасном положении – семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними (ст. 1 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Сетевой принцип – кооперация различных органов и предоставление информации для организации защиты детей. Сетевая система – включает в себя общественные и частные организации помощи молодежи, социальные службы, службы здравоохранения, школы, органы полиции и правопорядка, агентства по трудоустройству, больницы, социально-педиатрические службы, консультации по социальным проблемам, семейные суды.

Симптом – это признак функционального неблагополучия или заболевания. В зависимости от иерархического положения в структуре клинико-психологического синдрома различают **первичные симптомы**, непосредственно связанные с патологической основой заболевания, и **вторичные**, вытекающие из них как системное следствие. Другую дихотомию представляют собой **негативные симптомы**, свидетельствующие о выпадении или ослаблении функции, и **продуктивные симптомы**, указывающие на ее искажение.

Симптомы болезни – это признаки нарушений психического здоровья или психопатологические проявления. В зависимости от своей протяженности могут выступать в виде **реакций** (несколько часов/дней), **состояний** (несколько недель/месяцев) или **развитий** (несколько месяцев/лет).

Симптомы дизонтогенеза – это признаки нарушений психического развития (онтогенеза психики).

Синдром – это совокупность симптомов (признаков) заболевания, объединенных общим механизмом. В медицине рассматриваются рядоположенные признаки, в клинической психологии – иерархически соподчиненные.

Синдром жестокого обращения (*шифр T74 по МКБ-10*) – это действие либо бездействие родителей, опекунов, воспитателей, причиняющее вред здоровью, психическому состоянию и развитию ребенка.

Синдром избитого ребенка (синдром Сильвермана) – В 1946 г. Джон Кэффи опубликовал работу «Множественные переломы длинных костей младенцев, страдающих хронической субдуральной гематомой», где косвенным образом затронул проблему физического насилия. Затем в 1962 году термин «синдром избитого ребенка» был предложен Генри Кемпе и др. (Brand, Richard A. MD, 2011) и описан в одноименной знаковой статье в академическом рецензируемом журнале Американской медицинской ассоциации (1962). Ведущим соавтором данной статьи был Фредерик Н. Сильверман, который и ранее занимался данной проблемой, поэтому во многих источниках «синдром избитого ребенка» называют «синдромом Сильвермана». В работе описывались травмы детей, которые наблюдались в отделениях неотложной помощи, педиатрии и отделениях общей практики, которые не могли быть объяснены родительскими отчетами о падениях с качелей, ударах о журнальные столики и так далее²⁹.

Синдром Мюнхгаузена прокси – искусственно вызываемые родителями (опекунами) симптомы болезней у собственных детей с целью привлечения внимания к себе³⁰.

Синдром потрясенного ребенка (синдром травматической тряски ребенка, СТТР). Последствие интенсивной встряски младенца взрослым, при которой происходит резкое движение головы младенца назад и вперед, в результате чего происходит субдуральное кровоизлияние (Guthkelch, 1971). Понятие «синдром резкой встряски младенца» («whiplash shaken infant syndrome» – WSIS) введено Дж. Кэффи в 1974 (Caffey J., 1974). В младенческом возрасте именно этот синдром является причиной смерти или серьезных неврологических травм, полученных в результате жестокого обращения с детьми. Встряска младенца часто бывает реакцией родителей на его плач. При этом имеет значение и

29 Kempe, CH., Silverman, FN., Steele, BF., Droegemueller, W. and Silver, HK. 1962.

30 Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Homo postmodernus. психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Монография / Новосибирский государственный педагогический университет, Новосибирский ин-т клинической психологии, Новосибирский мед. ун-т. Новосибирск, 2009. С. – 163.

эмоциональное состояние родителя – чувство разочарования (фрустрация), нереализованные надежды, возлагавшиеся на рождение ребенка, социальный стресс, а также неумение ухаживать за ребенком, невниманье и пренебрежение к детской безопасности.

Синий крест (1882) – «Общество попечения о бедных и больных детях», в задачи которого входила защита детей от жестокого с ними обращения.

Следственный комитет Российской Федерации (СК) – федеральный государственный орган, осуществляющий в соответствии с законодательством Российской Федерации полномочия в сфере уголовного судопроизводства. Следственный комитет расследует дела о тяжких и особо тяжких преступлениях, совершенных несовершеннолетними и в отношении несовершеннолетних³¹.

Службы восстановительного правосудия – любое учреждение/организация, которое проводит программы восстановительного.

Соборное уложение 1649 года – свод законов Русского царства, действовавший до 1832 года. Несовершеннолетним и находящимся во власти отца считался молодой человек до 20-летнего возраста. За убийство ребенка родителю назначалось тюремное заключение сроком на один год, детям за убийство родителя – смертная казнь.

Социальная адаптация ребенка – процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а также процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы.

Социальная реабилитация ребенка – мероприятия по восстановлению утраченных ребенком социальных связей и функций, восполнению среды жизнеобеспечения, усилению заботы о нем.

Стигматизация – это несправедливое приписывание человеку или группе людей черт неполноценности, ущербности (может проявляться, например, в отношении психически больных, когда сама болезнь рассматривается как нечто позорное, постыдное).

Стресс – состояние организма, находящегося под угрозой нарушения гомеостаза (равновесия), универсальная реакция адаптации в ответ на любые предъявляемые организму требования в виде активного (борьба) или пассивного (бегство, терпение) поведения (Г. Селье). Выделяются *эустресс*, вызываемый позитивными событиями и положительными эмоциями, и *дистресс* – негативный тип стресса, который превышает адаптивные возможности человека и ведет к неблагоприятным последствиям в его организме, если он вызван сверхсильным раздражителем или длительным либо повторяющимся негативным воздействием.

³¹ УПК РФ Статья 151. Подследственность.

Стрессор – внешний, экстремальный фактор среды, вызывающий стресс.

Телесно-ориентированная терапия психической травмы – вид психотерапии, базирующийся на представлениях о нейрофизиологической природе психической травмы и о необходимости использовать нейрофизиологические механизмы в ее лечении.

Территориальная служба примирения (ТСП) – условное обозначение структуры, которая занимается проведением восстановительных программ на территории. «Службой» может быть: структурное подразделение внутри учреждения/организации (например, психологического или иного центра в системе образования, соцзащиты, комитета по делам молодежи и др.), в функции которого входит проведение восстановительных программ; сотрудник учреждения/организации со специфическим функционалом; отдельная служба примирения; учреждение/подразделение, которое занимается работой с несовершеннолетними правонарушителями, где восстановительные программы являются частью более широкого функционала. Разновидностью территориальных служб являются муниципальные службы примирения (МСП). Возможны и иные варианты³².

Титрирование – в методе соматического переживания П. Левина контакт между «воронкой травмы» и «воронкой исцеления», организованный как попеременная смена внимания клиента с одних на другие ощущения, приводящая к нейтрализации травматического напряжения и возбуждения.

Триггер – провоцирующий фактор, запускающий, например, неблагоприятные изменения в организме или провоцирующий обострение имеющегося хронического заболевания;

Уложение о наказаниях уголовных и исправительных (1845) – первый уголовный кодекс в истории России. Дети в случае неповиновения родителям по их требованию могли быть заключены в тюрьму на срок от 3 до 4 месяцев.

Управление по делам молодежи (Югендамт) – в ФРГ местная организация при муниципалитете города или округа, ответственная за решение задач по защите детей, организующая и координирующая участие в решении этих задач другие ведомства и организации.

Условно нормативное развитие – это все возможные колебания программы развития одной или нескольких психических функций в верхнем и нижнем пределах социально-нормативного «коридора».

³² Карнозова Л.М. Мониторинг деятельности территориальных служб примирения за 2018 г., проведенный в рамках Всероссийской Ассоциации восстановительной медиации // Вестник восстановительной юстиции. 2019. № 16. С. – 110.

Утомляемость – это динамическая характеристика психической деятельности, выражающаяся в ослаблении или утрате способности к продолжительному напряжению, непереносимости нагрузок. Характерна для астенического состояния.

Учреждения социального обслуживания, к которым относятся территориальные центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и иные учреждения социального обслуживания, в соответствии с уставами указанных учреждений или положениями о них: 1) предоставляют социальные услуги несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении или иной трудной жизненной ситуации, на основании просьб несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей либо по инициативе должностных лиц органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации; 2) выявляют несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, а также семьи, несовершеннолетние члены которых нуждаются в социальных услугах, осуществляют социальную реабилитацию этих лиц³³, оказывают им необходимую помощь в соответствии с индивидуальными программами социальной реабилитации; 3) принимают участие в пределах своей компетенции в индивидуальной профилактической работе с безнадзорными несовершеннолетними, в том числе путем организации их досуга, развития творческих способностей несовершеннолетних в кружках, клубах по интересам, созданных в учреждениях социального обслуживания, а также оказывают содействие в организации оздоровления и отдыха несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства.

Физическое наказание – любое наказание, при котором применяется физическая сила и которое призвано причинить некоторую степень боли или дискомфорта, какими бы легкими они не являлись. В основном это касается ударов («порка», «отшлепывание», «трепка») детей рукой или предметом (кнутом, палкой, ремнем, туфлей, деревянной ложкой и т.д.); также это могут быть пинки, встряхивание или швыряние детей, царапанье, щипание, кусание, выдергивание волос или оплеухи, принуждение детей оставаться в неудобном положении, обжигание, ошпаривание или принудительное заглывание (например, промывка ртов детей мылом или принуждение к заглыванию острых специй)³⁴.

Физическое насилие – это нанесение физических повреждений ребенку или риск таких повреждений. Физическое насилие включает

³³ П. 2. ст. 12 Федерального закона от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

³⁴ <https://endcorporalpunishment.org/ru/>

в себя такие действия, как удары кулаком, избиение, удары ногой, «трясение», кусание, поджигание, удушение, погружение в горячую воду, а также действия, вызывающие внешние (синяки, переломы костей, шрамы, ожоги, кровоизлияния сетчатки) или внутренние повреждения³⁵.

Физическое насилие в отношении ребенка – это умышленное нанесение ребенку физических травм, телесных повреждений (побои, удары, пощечины и т.п.), лишение его свободы, жилья, пищи, заботы о здоровье и личной безопасности, что может причинить вред развитию, здоровью и жизни ребенка.

Флейминг – агрессивное речевое взаимодействие, смысл которого состоит исключительно в развитии агрессивного, оскорбляющего диалога и полилога, часто является результатом троллинга.

Флешбэки (психопатологические переживания, произвольные рецидивирующие воспоминания) – психологическое явление, при котором у человека возникают внезапные, обычно сильные, повторные переживания прошлого опыта или его элементов.

Фокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия (ФТ-КПТ) – структурированный вариант когнитивно-поведенческой терапии (авторы – Дж. Коэн и др.), состоящий из 10 компонентов, находящихся в строгой логической последовательности, и предназначенный для лечения травмы у детей и подростков. Включает в себя психообразовательные компоненты, работу с родителями и проработку травмы путем десенсибилизации воспоминаний о ней. ФТ-КПТ признана методом с доказанной эффективностью для лечения посттравматических расстройств у детей и подростков.

Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, создан в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 26 марта 2008 года № 404 «О создании Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». Учредителем Фонда от имени Российской Федерации является Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Деятельность Фонда направлена на создание нового механизма управления, позволяющего в условиях разделения полномочий между федеральным центром и субъектами Российской Федерации значительно сократить распространенность социального неблагополучия детей и семей с детьми, стимулировать развитие эффективных форм и методов работы с нуждающимися в помощи семьями и детьми.

Функциональные блоки мозга – это компоненты структурно-функциональной модели мозговой организации высших психических

³⁵ Насилие и жестокое обращение с детьми: учебное пособие. / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2011. С. – 25.

функций человека, разработанной в луриевской нейропсихологии для объяснения интегративной деятельности мозга как единой системы. Различают три блока мозга, последовательно формирующиеся в онтогенезе; кратко их можно назвать энергетическим, информационным и регуляторным (управляющим).

Хейзинг (от англ. hazing – «принуждение совершать унижительные действия») – неформальные ритуальные насильственные обряды, исполняемые при вступлении в определенную группу, и для дальнейшего поддержания иерархии в этой группе. Подобные ритуалы в большей степени характерны для закрытых (военнообразованных, интернатных, пенитенциарных) учреждений, но встречаются и в обычных школах и училищах, особенно если при них есть общежития для иногородних учащихся.

Хроническая травма – изменения психической деятельности в результате длительного воздействия стрессового фактора (например, постоянного жестокого обращения).

Чувственная диссоциация – психический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. В результате работы этого механизма человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним.

Школьная служба примирения – утвержденная приказом директора детско-взрослая команда, которая в рамках образовательной организации проводит восстановительные программы по случаям конфликтов и правонарушений несовершеннолетних. Возможен вариант, при котором в составе службы примирения работают только взрослые специалисты. Название может варьироваться («детская служба примирения», «служба школьной медиации» и пр.), но важна ориентация на восстановительные принципы (принципы восстановительного правосудия)³⁶.

Шоковая травма – сильный стресс, вызванный отдельным краткосрочным, обычно неожиданным тяжелым событием.

Экзогенные расстройства – это расстройства, в основе которых лежат внешние по отношению к человеку факторы (например, инфекции, интоксикации, психические травмы).

Эмоции – особый класс психических процессов и состояний (человека и животных), связанных с инстинктами, потребностями, мотивами и отражающих в форме непосредственного переживания значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, эмоции служат одним из главных механизмов

³⁶ *Коновалов А.Ю.* Мониторинг деятельности школьных служб примирения за 2018 г., проведенный в рамках Всероссийской Ассоциации восстановительной медиации. // Вестник восстановительной юстиции. 2019. № 16. С. 150–151.

внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей.

Эмоциональное (психологическое) жестокое обращение – поведение, посредством которого один человек намеренно и неоднократно подвергает другого нефизическим действиям, наносящим вред поведенческому и эмоциональному функционированию, а также общему психическому благополучию последнего. По отношению к детям – враждебное или безразличное поведение родителей, нарушающее развитие «Я» и социальной компетенции ребенка путем отвержения, изоляции, игнорирования, терроризирования, развращения или лишения эмоционального отклика, эксплуатации, изоляции от социализирующей среды.

Эндогенные расстройства – это расстройства, в основе которых лежат внутренние (наследственные и конституциональные) факторы.

Этиология – это совокупность причин и условий возникновения заболевания.

ЮНИСЕФ – Международный чрезвычайный фонд помощи детям при Организации Объединенных Наций, или Детский фонд ООН, одна из задач которого – предотвращение случаев насилия над детьми.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Список дополнительной литературы к разделу «Жестокое обращение с детьми: история и современность. Системы противодействия жестокому обращению с детьми и безнадзорности во всем мире и в Англии».

1. Закон об усыновлении и детях 2002 года. Лондон: Канцелярия Ее Величества. (Adoption and Children Act 2002. London: Her Majesty's Stationery Office).
2. Афифи Т. и др. (2017). Шлепки и нарушения психического здоровья взрослых: Аргументы в пользу обозначения шлепков как неблагоприятного опыта детства. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность 71: 24–31 (Affifi T et al (2017). Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. *Child Abuse & Neglect* 71: 24–31.).
3. Арата К.М., Лангхинрихсен-Роллинг Дж., Бауэрс Д. и др. (2005). Однократное и многократное жестокое обращение: изучение долгосрочных последствий жестокого обращения с детьми. Журнал агрессии, жестокого обращения и травм, 11 (4), 29–52. (Arata C.M., Langhinrichsen-Rohling J., Bowers D. et al. (2005). Single versus multiple maltreatment: An examination of the long term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 11(4), 29–52.).
4. Асмуссен К., Фишер Ф., Дрейтон Э. и др. (2020). Неблагоприятный опыт детства. Что мы знаем, чего мы не знаем, и что должно произойти дальше. Лондон: Фонд раннего вмешательства (Asmussen K., Fischer F., Drayton E. et al. (2020). *Adverse childhood experiences. What we know, what we don't know, and what should happen next*. London: Early Intervention Foundation.) (<https://www.eif.org.uk/report/adverse-childhood-experiences-what-we-know-what-we-dont-know-and-what-should-happen-next>).
5. Барлоу Дж., Фишер Дж. Д. и Джонс Д. (2012). Систематический обзор моделей значительного причинения вреда. Лондон: Департамент образования (Barlow J., Fisher J.D., & Jones D. (2012). *Systematic Review of Models of Significant Harm*. London: Department for Education.).
6. Бентовим А. (1998). Значительный вред в контексте. (стр. 57–89). В Адкок, М. и Уайт, Р. (ред.) Значительный вред: его управление и результаты. 2-е издание. Кройдон: Значимые публикации (Bentovim, A. (1998). *Significant harm in context*. (pp. 57–89). In Adcock, M. and White, R, (eds) *Significant Harm: its management and outcome*. 2nd Edition. Croydon: Significant Publications.).
7. Бентовим А. (2017а). Содействие здоровью, развитию и благополучию детей и молодежи. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.).

- Надежда для детей и семей: Опора на сильные стороны, Преодоление трудностей. Йорк: Обучение детей и семьи (Bentovim, A. (2017a). *Promoting children and young people's health, development and wellbeing*. In A. Bentovim and J. Gray (eds) *Hope for Children and Families: Building on Strengths, Overcoming Difficulties*. York: Child and Family Training.).
8. *Бентовим А.* (2017b). Изменение жестокого и небрежного отношения к воспитанию детей . В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) Надежда для детей и семей: Опираясь на сильные стороны, преодолевающая трудности. Йорк: Обучение детей и семьи (Bentovim, A. (2017b). *Modifying abusive and neglectful parenting*. In A. Bentovim and J. Gray (eds) *Hope for Children and Families: Building on Strengths, Overcoming Difficulties*. York: Child and Family Training.).
 9. *Бентовим А., и Бингли Миллер Л.* (2012). Оценка семьи: Оценка компетентности семьи, сильных сторон и трудностей. Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи (Bentovim, A., & Bingley Miller, L. (2012). *The Family Assessment: Assessment of family competence, strengths and difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
 10. *Бентовим А., Кокс А., Бингли Миллер Л. и Пицци С.* (2009). Защита детей, живущих с травмами и насилием в семье: Руководство по оценке, анализу и планированию мероприятий, основанных на фактических данных. Лондон: Джессика Кингсли (Bentovim, A., Cox, A., Bingley, Miller, L., & Pizzey, S. (2009). *Safeguarding Children Living with Trauma and Family Violence: A Guide to Evidence-Based Assessment, Analysis and Planning Interventions*. London: Jessica Kingsley.
 11. *Бентовим А., и Эллиотт И.* (2014). Надежда для детей и семей: борьба с жестоким воспитанием и связанными с этим нарушениями у детей. Журнал клинической детской и подростковой психологии, 43 (2), 270–285. DOI:10.1080/15374416.2013.869748 (Bentovim, A., & Elliott, I. (2014). Hope for children and families: Targeting abusive parenting and the associated impairment of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(2), 270–285. DOI:10.1080/15374416.2013.869748.).
 12. *Бентовим А., Элтон А. и Трантер М.* (1987). Прогноз для реабилитации после жестокого обращения. Усыновление и воспитание 11, 26–31 (Bentovim, A., Elton, A. & Tranter, M. (1987). Prognosis for rehabilitation after abuse. *Adoption and Fostering* 11, 26–31.)
 13. *Бентовим А., Грей Дж. и Пицци С.* (2019). Защита и содействие благополучию детей, подвергшихся жестокому обращению в семейном контексте. (стр. 440–470). (Bentovim A., Gray J., & Pizzey S. (2019). *Safeguarding and promoting the welfare of children abused in the family context*. (pp. 440–470). In eds.9).

14. Бентовим А., Грей Дж., Хисман П. и Пицци С. (2018). Вовлеченность и постановка целей. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) Надежда для детей и семей: Опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности. Йорк: Обучение детей и семьи. (Bentovim, A., Gray, J., Heasman, P., & Pizzezy, S. (2018). *Engagement and Goal Setting*. In A. Bentovim and J. Gray (eds) *Hope for Children and Families: Building on Strengths, Overcoming Difficulties*. York: Child and Family Training.)
15. Бентовим А., Визард Э. и Грей Дж. (2018). Редакционная точка зрения: Лечение сложного жестокого обращения – за пределами руководящих принципов NICE? Руководства, путаницы или модули. Психическое здоровье детей и подростков, 23 (3): 297–300. (Bentovim A., Vizard E., & Gray J. (2018). Editorial Perspective: Treatment of complex maltreatment – beyond the NICE guideline? Manuals, muddles or modules. *Child and Adolescent Mental Health*, 23 (3): 297–300.)
16. Бифулько А. (2003). Собеседование в стиле привязанности для усыновления / опекуинства (семья временного пребывания). Университет Мидлсекса и Обучение детей и семьи в Великобритании. (Bifulco A. (2003). Attachment Style Interview for Adoption/Fostering. Middlesex University and Child & Family Training UK.)
17. Бифулько А, Джейкобс С. и Банн А. (2008). Интервью по стилю привязанности (ASI): Инструмент оценки взрослых, основанный на поддержке, для практики усыновления и воспитания. Усыновление и воспитание. 32 (3), стр. 33–45. (Bifulco, A, Jacobs, C. & Bunn, A. (2008). The Attachment Style Interview (ASI): A Support-Based Adult Assessment Tool for Adoption and Fostering Practice. *Adoption and Fostering*. 32 (3), pp: 33–45.)
18. Бингли-Миллер Л. и Бентовим А. (2007). Оценка потребностей в поддержке усыновленных детей и их семей. Построение безопасной новой жизни. Лондон: Ратледж. (Bingley-Miller, L. & Bentovim, A. (2007). *Assessing the support needs of adopted children and their families. Building secure new lives*. London: Routledge.)
19. Берлесон П. (1980). Обоснование депрессивного расстройства в детском возрасте и разработка шкалы самооценки; Отчет об исследовании. Журнал детской психологии и психиатрии, 22, 73–88. (Birleson., P. (1980). The validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale; a Research Report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73–88.)
20. Калам Р.М., Кокс А.Д., Глазго Д.В., Джиммисон П. и Грот Ларсен, С. (2000). Оценка и терапия с детьми: могут ли компьютеры помочь? Детская клиническая психология и психиатрия, 5, 3, 329–343. (Calam, R.M., Cox, A.D., Glasgow, D.V., Jimmieson, P. & Groth Larsen, S. (2000). Assessment and therapy with children: can computers help? *Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 5, 3, 329–343.)

21. *Сесил К.А.М., Волтон Э. и Видинг Э.* (2016). Эпигенетика зависимости: современные знания, проблемы и направления на будущее. Журнал исследований алкоголя и наркотиков, 77 (5), 688–691. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.688> (Cecil, C.A.M., Walton, E., & Viding, E. (2016). Epigenetics of Addiction: Current Knowledge, Challenges, and Future Directions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(5), 688–691. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.688>).
22. *Сесил К.А.М., Видинг Э., Фирон П., Глейзер Д. и Маккрори Э. Дж.* (2017). Распутывание проблем психического здоровья, связанных с жестоким обращением с детьми и безнадзорностью. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 63, 106–119. (Cecil C.A.M., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health of childhood abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 63, 106–119.).
23. Закон о детях 1989 года. Лондон: Канцелярия Ее Величества (Children Act 1989. London: Her Majesty's Stationery Office.).
24. *Чорпита Б.Ф., и Вайс Дж.Р.* (2009) Модульный подход к детям с тревогой, депрессией, травмой и поведением Match-ADTC (Модульный подход к терапии детей с тревогой, депрессией, травмой или проблемами поведения) . Сателлит-Бич, Флорида: Практика, ООО. (Chorpita, B.F., & Weisz, J.R. (2009) *Modular Approach to Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Match-ADTC*. Satellite Beach FL: PracticewiseLCC.).
25. *Чорпита Б.Ф., Парк А.Л., Ворд А.М., Леви М.К., Кромли Т., Чуу А.В., Летаменди А.М., Цай К.Х. и Крулл Дж.Л.* (2016). ChildSTEPS (организация) в Калифорнии: Кластерное рандомизированное исследование эффективности, сравнивающее модульное лечение с лечением по месту жительства для молодежи с тревогой, депрессией, проблемами поведения или травматическим стрессом. Обратитесь к Clin Psychol., 85(1),13–25. doi: 10.1037/ccp0000133 (Chorpita, B.F., Park, A.L., Ward, A.M., Levy, M.C., Cromley, T., Chiu, A.W., Letamendi, A.M., Tsai, K.H., & Krull, J.L. (2016). Child STEPs in California: A cluster randomized effectiveness trial comparing modular treatment with community implemented treatment for youth with anxiety, depression, conduct problems, or traumatic stress. *Consult Clin Psychol.*, 85(1),13–25. doi: 10.1037/ccp0000133.).
26. *Чиккетти Д. и Карлсон В.* (1989). Жестокое обращение с детьми: теория и исследования причин и последствий жестокого обращения. Нью-Йорк: Кембриджский университет. (Cicchetti, D. & Carlson, V. (1989). *Child Maltreatment: Theory and Research on the causes and consequences of maltreatment*. New York: Cambridge University.).
27. *Кливер Х., Унелл И. и Олдгейт Дж.* (2011). Потребности детей родительские способности жестокое обращение с детьми психические

- заболевания родителей неспособность к обучению злоупотребление психоактивными веществами и насилие в семье. Лондон. Канцелярский офис. (Cleaver H., Unell I., & Aldgate J. (2011). *Children's needs parenting capacity child abuse parental mental illness learning disability substance misuse and domestic violence*. London. The Stationery Office.).
28. Колдуэлл Б.М. и Брэдли Р.Х. (2001) Домашнее наблюдение для измерения окружающей среды: Руководство по администрированию (3-е издание). Арканзас: Университет Арканзаса. (Caldwell, B. M. & Bradley, R. H. (2001) *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual* (3rd edition). Arkansas: University of Arkansas.).
 39. Кокс А. и Бентовим А. (2000). Семейный набор анкет и шкал. Лондон: Канцелярский офис. https://www.childandfamilytraining.org.uk/_data/site/9/pg/25/The-Family-Pack-of-Questionnaires-and-Scales.pdf (Cox, A. & Bentovim, A. (2000). *The Family Pack of Questionnaires and Scales*. London: The Stationery Office. https://www.childandfamilytraining.org.uk/_data/site/9/pg/25/The-Family-Pack-of-Questionnaires-and-Scales.pdf).
 30. Кокс А., Пицци С. и Уокер С. (2009). ДОМАШНЯЯ инвентаризация: Руководство для практиков – Подход Великобритании. Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи. (Cox, A., Pizzev, S. & Walker, S. (2009). *The HOME Inventory: A Guide for Practitioners – The UK Approach*. York, UK: Child and Family Training.).
 31. Кокс А. и Уокер С. (2002). ДОМАШНИЙ инвентарь: Учебный подход для Великобритании. Брайтон: Павильон. (Cox A. & Walker S. (2002). *The HOME Inventory: A Training Approach for the UK*. Brighton: Pavillion).
 32. Црник К.А. и Гринберг М.Т. (1990). Незначительные родительские стрессы с маленькими детьми. Развитие ребенка, 61, 1628–1637 (Crnic, K.A. & Greenberg, M.T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628–1637).
 33. Крнич К.А. и Бут К.Л. (1991). Представления матерей и отцов о повседневных проблемах воспитания детей в раннем детстве. Журнал брака и семьи, 53. 1043–1050. (Crnic, K.A. & Booth, C.L. (1991). Mothers' and fathers' perceptions of daily hassles of parenting across early childhood. *Journal of Marriage and the Family*, 53. 1043–1050.).
 34. Департамент здравоохранения, Департамент образования и занятости и Министерство внутренних дел. (2000). Рамки для оценки нуждающихся детей и их семей. Лондон: Канцелярский офис. (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office. (2000). *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office.).

35. Дубе С.Р. (2020). Двадцать лет и отчет: прошлое, настоящее и будущее исследований ACEs(организация). В книге Г.Дж. Амундсена и Т.К. Аффифи (ред.). Неблагоприятный Опыт Детства. Эльзевир, Академическая пресса. (Dube, S.R. (2020). *Twenty years and counting: the past, present, and future of ACEs research*. In G.J. Asmundsen and T.C. Afifi (Eds.). Adverse Childhood Experiences. Elsevier, Academic Press.).
36. Элдридж Х. (2016). Работа с сексуальным насилием над детьми. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) «Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности». Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи. (Eldridge, H. (2016). *Working with child sexual abuse*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.), *Hope for Children and Families: building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
37. Элдридж Х. (2017). Работа с детьми и молодежью: борьба с деструктивным поведением. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) «Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности». Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи. (Eldridge, H. (2017). *Working with children and young people: Addressing disruptive behaviour*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.), *Hope for Children and Families: building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
38. Эллис У. и Дитц У. (2017). Новая основа для решения проблем, связанных с неблагоприятным детским и общинным опытом: Модель повышения устойчивости сообщества. Академическая педиатрия, 17, 586–592. (Ellis, W. & Dietz, W. (2017). A New Framework for Addressing Adverse Childhood and Community Experiences: The Building Community Resilience Model. *Academic Paediatric*, 17, 586–592.).
39. Фелитти В.Д., Анда Р.Ф., Норденберг Д. и др. (1998). Связь жестокого обращения с детьми и дисфункции в семье со многими ведущими причинами смерти взрослых. Исследование неблагоприятного детского опыта (ACE). Американский журнал профилактической медицины, 14 (4), 245–258. (Felitti, V.D., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245–258.).
40. Финдлейтер Д. (2015). Сексуальное насилие над детьми: возможности профилактики. (стр. 186–208). В А. Бентовим, & Грей, Дж. (Ред.) Искоренение жестокого обращения с детьми. Основанные на фактических данных подходы к профилактике и вмешательству во всех Службах. Лондон: Издательство Джессики Кингсли (Findlater, D. (2015). *Child Sexual Abuse: The Possibilities of Prevention*. (pp. 186–208). In A. Bentovim, & Gray, J. (Eds.) *Eradicating Child*

- maltreatment. Evidence-based approaches to Prevention and Intervention Across Services*. London: Jessica Kingsley Publishers.).
41. Финкельхор Д. (2018). Скрининг на неблагоприятный опыт детства (ACEs): Предостережения и предложения. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 85, 174–179. (Finklehor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse and Neglect*, 85, 174–179.).
 42. Финкельхор Д., Ормрод Р.К., Тернер Х.А. и др. (2005). Измерение поли-виктимизации с использованием вопросника о виктимизации несовершеннолетних. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 29 (11), 1297–1312. (Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A. et al. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 29 (11), 1297–1312.).
 43. Финкельхор Д., Ормрод Р.К. и Тернер Х.А. (2007) Поливиктимизация: забытый компонент детской виктимизации. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 31, (1), 7–26. (Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007) Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, (1), 7–26.).
 44. Флюк, Дж. Д., Тонмир, Л., Грей, Дж., Бетанкур Родригес, Л., Болтер Ф. и др. (2021). Данные о жестоком обращении с детьми: краткое изложение прогресса, перспектив и проблем. Жестокое обращение с детьми, Безнадзорность. (Fluke, J.D., Tonmyr, L., Gray, J., Bettencourt Rodrigues, L., Bolter F., et al. (2021). Child maltreatment data: A summary of progress, prospects and challenges. *Child Abuse Neglect*. 119 (1), 104650. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104650.).
 45. Фрейд С. (1897/1954). Письмо № 69. В Бонапарт, А. Фрейд, Л. Крис (Ред.) Истоки психоанализа. Нью-Йорк: Основные книги (Freud, S. (1897/1954). *Letter#69*. In M. Bonaparte, A. Freud, L. Kris (Eds.) *The origins of psychoanalysis*. New York: Basic Books.).
 46. Гейтс С., и Питерс Дж. (2017). Поощрение привязанности, настроенной отзывчивости и позитивных эмоциональных отношений. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) «Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности». Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи (Gates, C., & Peters, J. (2017). *Promoting attachment, attuned responsiveness and positive emotional relationships*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.), *Hope for Children and Families: building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
 47. Гилберт Р., Уидом С., Браун К., Фергюссон Д., Уэбб Э. и Янсон С. (2009). Бремя и последствия жестокого обращения с детьми в странах с высоким уровнем дохода. Ланцет, 373, 167–180. (Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009).

- Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *Lancet*, 373, 167–180.).
48. Глобальное Партнерство по Искоренению Насилия в Отношении Детей (2021 год). Запрещение всех телесных наказаний детей: закладывание основ ненасильственного детства. Нью-Йорк: Автор. (Global Partnership to End Violence Against Children (2021). *Prohibiting all corporal punishment of children: laying the foundations for non-violent childhoods*. New York: Author.).
 49. Грей Дж. (2015). Пилотный проект «Надежда для детей и семей» – Отчеты, представленные в Департамент образования. Йорк: Обучение детей и семьи. (Gray, J. (2015). *Hope for Children and Families Intervention Resources Pilot Project– Reports submitted to the Department for Education*. York: Child & Family Training.).
 50. Правительство Ее Величества. (2018). Совместная работа по защите детей. Руководство по межведомственной работе по защите и поощрению благополучия детей. Лондон: Департамент образования. (Her Majesty’s Government. (2018). *Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. London: Department for Education.).
 51. Хиггинс Д.Дж. и Маккейб М.П. (2000). Множественное жестокое обращение и долгосрочная адаптация взрослых. Обзор жестокого обращения с детьми, 9 (1), 6–18. (Higgins, D.J. & McCabe, M.P. (2000). Multi-type maltreatment and the long term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9 (1), 6–18.).
 52. Министерство внутренних дел, Министерство здравоохранения, Министерство образования. (1950). Совместный циркуляр Министерства внутренних дел, Министерства здравоохранения и Министерства образования. Дети, безнадзорные или подвергающиеся жестокому обращению в своих домах. Лондон: Министерство внутренних дел. (Home Office, Ministry of Health, Ministry of Education. (1950). Joint Circular from the Home Office, Ministry of Health and Ministry of Education. Children neglected or ill-treated in their homes. London: Home Office.).
 53. Хьюз К., Беллис М.А., Хардкасл К.А., Сетхи Д., Бутчарт А. и др. (2017). Влияние многочисленных неблагоприятных детских переживаний на здоровье: систематический обзор и метаанализ. Ланцет 2, 356–66. (Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A. *e al.* (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, 356–66.).
 54. Джоллифф С. (2016). Работа с семьями. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.) «Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности». Йорк, Великобритания:

- Обучение детей и семьи. (Jolliffe C. (2016). *Working with Families*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.), *Hope for Children and Families: building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.)
55. Джонс Д.П.Х. (1998). Эффективность вмешательства. (стр. 91–119). В М. Адкок и Р. Уайт (ред.) Значительный вред: его управление и результаты. Кройдон: Значимые публикации. (Jones, D.P.H. (1998). *The Effectiveness of Intervention*. (pp. 91–119). In M. Adcock and R. White (eds) *Significant Harm: Its Management and Outcome*. Croydon: Significant Publications.)
56. Кемп К.Х. (1978). Сексуальное насилие, еще одна скрытая педиатрическая проблема: Лекция К. Андерсона Олдрича 1977 года. Педиатрия, 62(3), 383–389. (Kempe, C.H. (1978). Sexual Abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*, 62(3), 383–389.)
57. Кемп К.Х., Сильверман Ф.Н., Стил Б.Ф. и др. (1962). Синдром избитого ребенка. Журнал Американской медицинской ассоциации, 181(1), 17–24 (Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F. et al. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17–24.)
58. Лаббе Дж. (2005). Амбруаз Тардые: Человек и его работа по жестокому обращению с детьми за столетие до Кемпа. Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 29, 311–324 (Labbe, J. (2005). Ambrose Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse and Neglect*, 29, 311–324.)
59. Макдональд Г., Льюис Дж., Гейт Д., Гарднер Э., Адамс С. и Келли К. (2017). Оценка Системы оценки и анализа защиты детей (SAAF). Лондон: Департамент образования. (Macdonald, G., Lewis, J., Ghate, D., Gardner, E., Adams, C. & Kelly, K. (2017). *Evaluation of the Safeguarding Children Assessment and Analysis Framework (SAAF)*. London: Department for Education.)
60. Макдональд Г., Ливингстон Н., Ханратти Дж., Маккартан С., Котмор Р., Кэри М. и Черчилль Р. (2016). Эффективность, приемлемость и экономическая эффективность психосоциальных вмешательств для детей и подростков, подвергшихся жестокому обращению: обобщение фактических данных. Оценка технологий здравоохранения, 20(69), 1–508 (Macdonald, G., Livingstone, N., Hanratty, J., McCartan, C., Cotmore, R., Cary, M., & Churchill, R. (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment*, 20(69), 1–508.)
61. МакКрори Э., Джерин М.И. и Видинг Э. (2017). Жестокое Обращение С Детьми. Скрытая уязвимость и переход к профилактической

- психиатрии – вклад функциональной визуализации мозга. Журнал детской психологии и психиатрии, 58, 338–357. (McCrory, E., Gerin, M.I. & Viding, E. (2017). Child Maltreatment. Latent vulnerability, and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child psychology, and Psychiatry*, 58, 338–357.).
62. Маркетт Л.К. и Вэйс Дж.Р. (2017). Обзор практикующего врача: Эмпирическая эволюция молодежной психотерапии в направлении трансдиагностических подходов, J Детская психол. психиатрия, 58 (9), 970–984. doi: 10.1111 / jcpp.12747. (Marchette, L.K. & Weisz, J.R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches, *J Child Psychol Psychiatry*, 58(9), 970–984. doi: 10.1111/jcpp.12747.).
63. Министерство здравоохранения. (1959). Благополучие детей в больнице. Канцелярия Ее Величества (Ministry of Health. (1959). *The Welfare of Children in Hospital*. Her Majesty's Stationery Office. <https://ia800201.us.archive.org/8/items/op1266065-1001/op1266065-1001.pdf>).
64. Национальный институт передового опыта в области здравоохранения и медицинской помощи. (2009). Клиническое руководство. Жестокое обращение с детьми: когда следует подозревать жестокое обращение с детьми младше 18 лет. Лондон: Автор (National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Clinical guideline. Child Maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. London: Author.).
65. Национальный институт передового опыта в области здравоохранения и медицинской помощи. (2017). Руководство NICE NG76. Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы о них: распознавание, оценка и реагирование на жестокое обращение и отсутствие заботы о детях и молодежи. Лондон: Автор. (National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *NICE guideline NG76. Child abuse and neglect: recognising, assessing and responding to abuse and neglect of children and young people*. London: Author.).
66. NSPCC. (2019). Статистика жестокого обращения с детьми. Обучающие страницы NSPCC. (NSPCC. (2019). *Statistics on Child Abuse*. NSPCC Learning Pages. <https://learning.nspcc.org.uk/statistics-child-abuse/>).
67. NSPCC. (2020). Защита детей от жестокого обращения в Интернете: (NSPCC. (2020). *Protecting children from online abuse*: <https://learning.nspcc.org.uk/child-abuse-and-neglect/online-abuse/>).
68. Пиньейру П.С. (2006). Всемирный доклад о насилии в отношении детей, Женева: Организация Объединенных Наций. (Pinheiro, P.S. (2006). *World Report on violence against Children*, Geneva: United Nations.).

69. Пиззи С., Бентовим А., Кокс А., Бингли Миллер Л. и Тapp С. (2016). Система оценки и анализа защиты детей (Третье издание). Йорк: Обучение детей и семьи (Pizzezy, S., Bentovim, A., Cox, A., Bingley Miller, L. & Tapp, S. (2016). *Safeguarding Children Assessment and Analysis Framework* (Third Edition). York: Child and Family Training.).
60. Прайс-Робертсон Р., Хиггинс Д. и Вассалло С. (2013). Многотипное жестокое обращение и поливиктимизация. Сравнение двух исследовательских систем. Семейные дела, 93, 84–98. (Price-Robertson, R., Higgins, D. & Vassallo, S. (2013). Multi-type maltreatment and polyvictimisation. A comparison of two research frameworks. *Family Matters*, 93, 84–98.).
71. Рэдфорд Л., Коррал С., Брэдли С. и др. (2011). Жестокое обращение с детьми и безнадзорность в Великобритании сегодня. Лондон: NSPCC (Radford, L., Corral, S., Bradley, C., et al. (2011). *Child abuse and neglect in the UK Today*. London: NSPCC. <https://learning.nspcc.org.uk/media/1042/child-abuse-neglect-uk-today-research-report.pdf>).
72. Робертс Р. (2016). Содействие Позитивному Воспитанию Детей. В книге А. Бентовима и Дж. Грей (ред.). Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности. Йорк, Великобритания: Обучение детей и семьи. (Roberts, R. (2016). *Promoting Positive Parenting*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.). *Hope for Children and Families: Building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
73. Седлак А. Дж., и Бродхерст Д.Д. (1996). Третье национальное исследование случаев жестокого обращения с детьми и безнадзорности. Вашингтон, округ Колумбия: Министерство здравоохранения и социальных служб США. (Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). *Third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.).
74. Столтенборг М., Бейкерманс-Краненбург М., Леннеке Р.А. и ван Айзендорн М.Х. (2015). Распространенность жестокого обращения с детьми во всем мире: обзор серии метаанализов, Обзор жестокого обращения с детьми, 24 (1), 37–50 (Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Lenneke R.A., & van IJzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses, *Child Abuse Review*, 24 (1), 37–50.).
75. Тардьё А. (1860). Судебно-медицинское исследование, посвященное медицинскому обслуживанию и жестокому обращению с детьми. (Tardieu, A. (1860). Etude medico-legale sur les sevices et mauvais traitements exercees sur des enfants. *Annales d'Hygiene Publique et de Medecine Legale*, 13, 361–398.).
76. Трокме Н., Фалькон Б., Маклорен Б., Дачюк Дж., Фелстинер С., Блэк Т., Тан мир Л., Блэксток С., Бартер К., и Клутье Р. (2005).

- Канадское исследование распространенности зарегистрированных случаев жестокого обращения с детьми и безнадзорности – 2003: Основные итоги. Оттава, Канада: Министр общественных работ и государственной службы. (Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., & Cloutier, R. (2005). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2003: Major findings*. Ottawa, Canada: Minister of Public Works and Government Service.).
77. Тернер Х., Вандерминден Дж., Финкельхор Д. и Хамби С. (2020). Безнадзорность детей и более широкий контекст детской виктимизации. Жестокое обращение с детьми, 24, 265–274 (Turner, H., Vanderminden, J., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2020). Child neglect and the broader context of child victimization. *Child maltreatment*, 24, 265–274.).
78. Детский фонд Организации Объединенных Наций. (2020). Как мы защищаем права детей в соответствии с Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР ООН). Нью-Йорк: ЮНИСЕФ (United Nations Children’s Fund. (2020). *How we protect children’s rights with The United Nations Convention on the Rights of the Child (UNCRC)*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/uk/what-we-do/un-convention-child-rights/>).
79. Визард Э. (2013). Обзор практикующего врача: Жертвы и несовершеннолетние преступники сексуального насилия над детьми – оценка и вмешательство. Журнал детской психологии и психиатрии, 54 (5), 503–515. (Vizard, E. (2013). Practitioner Review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (5), 503–515.).
80. Визард Э., Грей Дж. И Бентовим А. (2021). Влияние жестокого обращения с детьми на психическое и физическое здоровье детей-жертв: обзор фактических данных, Достижения BJPSYCH, 0, 1–11. doi: 10.1192/bja.2021.10 (Vizard, E., Gray, J. & Bentovim A. (2021). The impact of child maltreatment on the mental and physical health of child victims: A review of the evidence, *BJPpsych Advances*, 0, 1–11. doi: 10.1192/bja.2021.10).
81. Вармингем Дж.М., Хэндли Э.Д., Рогош Ф.А., Мэнли Дж.Т. и Чиккетти Д. (2019) Определение подгрупп жестокого обращения с подтипом и хроничностью жестокого обращения: подход к анализу латентного (скрытого) класса, Жестокое обращение с детьми и безнадзорность, 87, 28–39 (Warmingham, J.M., Handley, E.D., Rogosch, F.A. Manly, J.T. & Cicchetti, D., (2019) Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach, *Child Abuse & Neglect*, 87, 28–39.).
82. Виравантри Т. (2016). Работа с детьми и молодежью: работа с эмоциональными и травмирующими реакциями. В А. Бентовим и

- Дж. Грей (ред.). Надежда для детей и семей: опираясь на сильные стороны, преодолевая трудности. Йорк, Великобритания: Детское и семейное обучение (Weeramanthri, T. (2016). *Working with children and young people: Addressing emotional and traumatic responses*. In A. Bentovim and J. Gray (Eds.). *Hope for Children and Families: Building on strengths, overcoming difficulties*. York, UK: Child and Family Training.).
83. Вирасекеера П. (1996). Многоаспектная Формулировка Случая: Шаг К Интеграции Лечения. Флорида, издательство Кригер. Ко (Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective Case Formulation: A Step Towards Treatment Integration*. Florida, Krieger Publ. Co.).
84. Вуд С., Форд К., Хардкасл К., Хопкинс Дж., Хьюз К. и Беллис М.А. (2020). Неблагоприятный опыт детства среди беженцев и лиц, ищущих убежища. Кардифф: Фонд общественного здравоохранения Уэльса NHS Trust. (Wood, S., Ford, K., Hardcastle, K., Hopkins, J., Hughes, K. and Bellis, M.A. (2020). *Adverse childhood experiences in refugee and asylum seeking populations*. Car diff: Public Health Wales NHS Trust.).

Насилие в отношении детей. Работа с семьей и ребенком

Монография

(пособие для электронного учебно-методического комплекса)

Научный редактор – *В.В. Рубцов*

Корректор – *Д.Е. Жеребцов*

Компьютерная верстка – *М.В. Мазоха*

Переводчик – *Ш.А. Усубян*

Редактор перевода – *С.В. Гани*

Дизайнер – *М.Ю. Степаненкова*

Формат: 60*90¹/₁₆. Бумага офсетная.

Гарнитура Times. Печать цифровая.

Усл. печ. п. 26,1. Усл.-изд. л. 26,3.

Печать 1000 экз.

Московский государственный психолого-педагогический университет 127051,
г. Москва, ул. Сретенка, д. 29; тел.: (495) 632–90–77; факс: (495) 632–92–52