

ГЛАВА 3

Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей

Предварительные сведения

В литературе, искусстве и науке во многих странах давно фиксируются случаи жестокого обращения с детьми. Сообщения об убийстве новорожденных, оставлении детей, увечьях и о других формах насилия над детьми дошли до нас из древности (1). Из истории известны сведения о детях — запущенных, ослабленных, недоедавших, изгнанных из семей и вынужденных самостоятельно добывать себе пропитание и о детях, которые подверглись сексуальному насилию.

Давно существуют также филантропические и другие группы, которые обеспокоены благополучием детей и выступают в их защиту. Тем не менее, вопрос не привлекал широкого внимания врачей и представителей общественности до опубликования в 1962 г. основополагающей работы Кемпа и др. «Синдром избитого ребенка» (2).

Термин «синдром избитого ребенка» был использован для того, чтобы охарактеризовать клинические проявления серьезного физического насилия над детьми младшего возраста (2). Сейчас, сорок лет спустя, имеются явные доказательства того, что жестокое обращение с детьми стало глобальной проблемой. Оно проявляется в разнообразных формах и глубоко укоренилось в культурных, экономических и социальных нормах. Чтобы решить эту глобальную проблему, нужно хорошо понимать причины ее появления в тех или иных обстоятельствах, а также последствия, которые она влечет за собой.

Определение жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них

Культурные факторы

Любой глобальный подход к жестокому обращению с ребенком должен учитывать, что в разных культурах существуют разные представления о норме родительского поведения. Культура — это общий фонд общества, который включает в себя верования людей, разные виды поведения и представления о том, как людям следует вести себя. Среди этих представлений также идеи о том, какие виды действия или бездействия могут расцениваться как жестокое обращение и отсутствие заботы (3, 4). Другими словами, культура помогает определить общепринятые принципы воспитания и ухода за детьми.

Разные культуры имеют разные взгляды на то, что допустимо в поведении родителей. Некоторые

исследователи отмечают, что точки зрения на воспитание детей в разных культурах могут расходиться до такой степени, что иногда чрезвычайно сложно достичь согласия относительно того, какие действия считать жестоким обращением, а какие — отсутствием заботы (5, 6). Определения различными культурами жестокого обращения скорее подчеркивают частные аспекты поведения родителей. Но большинство культур едино в том, что нельзя допускать жестокого обращения с ребенком; существует фактическое единодушие в том, что касается жестоких мер наказания и сексуального насилия (7).

Виды жестокого обращения

«Международное общество по предотвращению насилия над детьми и отсутствия заботы о них» недавно сравнило определения жестокого обращения в 58 странах и обнаружило в них некоторые общие места (7). В 1999 г. Совещание ВОЗ по предупреждению насилия над детьми составило следующее определение (8): «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».

Некоторые определения фокусируются на видах поведения или действиях взрослых, а согласно другим жестокое обращение имеет место, когда существует ущерб или угроза нанесения ущерба ребенку (8–13). Различие между поведением — без учета его последствий — и воздействием или ущербом может привести к путанице, если включать в определение родительское намерение. Некоторые специалисты считают подвергшимися насилию в том числе и тех детей, которым родители нанесли ущерб неосторожно, тогда как другие настаивают, что ущерб ребенку должен быть причинен намеренно, чтобы действия родителей квалифицировались как жестокие.

В некоторых публикациях по жестокому обращению с ребенком четко говорится о насилии над детьми в учреждениях и школах (14–17).

Приведенное выше (8) определение охватывает широкий спектр разновидностей жестокого об-

ращения. В этой главе мы сначала обратимся к актам преступного действия или бездействия родителей или воспитателей, которые приводят к ущербу для ребенка. В частности, будет выявлена степень распространенности, причины и следствия четырех видов плохого обращения с детьми воспитателей, 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, осмеяние, угрозы и запугивание, дискриминация, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения.

Отсутствием заботы является неспособность 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, таким образом, отличается от проживания в бедности: оно может иметь место только в тех случаях, когда у семьи или у воспитателя имеются в наличии некоторые средства. Проявления всех перечисленных видов жестокого обращения описываются во вставке 3.1.

Масштабы проблемы **Насилие с летальным исходом**

Информация о количестве детей, умирающих ежегодно в результате жестокого обращения, поступает из свидетельств о смерти или данных о смертности. В 2000 г. Всемирной организацией здравоохранения было установлено 57 000 случаев убийств детей до 15 лет. Глобальные оценки убийств детей показывают, что младенцы и самые маленькие дети подвергаются наибольшему риску, при этом показатели для группы от 0 до 4 лет вдвое

превышают показатели для группы от 5 до 14 лет (см. Статистическое приложение).

Риск насилия с летальным исходом зависит от уровня дохода страны и от региона мира. Для детей до пятилетнего возраста, проживающих в странах с высоким доходом, уровень убийств составляет 2,2 случая на 100 000 мальчиков и 1,8 случая на 100 000 девочек. В странах с низким или средним уровнем дохода показатели в 2–3 раза выше: 6,1 случая на 100 000 мальчиков и 5,1 случая на 100 000 девочек. Самые высокие показатели убийств детей до 5 лет обнаружены в Африканском регионе ВОЗ: 17,9 на 100 000 мальчиков и 12,7 на 100 000 девочек. Самые низкие показатели отмечены в странах с высоким уровнем доходов в следующих регионах ВОЗ: Европа, Восточное Средиземноморье и Западно-Тихоокеанский регион (см. Статистическое приложение).

Однако многие случаи детской смертности не расследуются в обычном порядке; не проводятся также посмертные обследования, что затрудняет установление точных данных о смертности от жестокого обращения с детьми в той или иной стране. Даже в богатых странах существуют проблемы с четким распознаванием случаев убийства новорожденных и определением количества таких случаев. Высокий уровень неправильной классификации причин смерти на основании свидетельств о смерти был обнаружен, например, в нескольких штатах США. Смертные случаи, отнесенные к другим причинам — например, к синдрому внезапной смерти младенца или к несчастным случаям — как обнаруживалось при повторном исследовании, часто оказывались убийствами (18, 19).

Несмотря на большое количество неправильных классификаций, все согласны с тем, что случаи жестокого обращения со смертельным исходом встречаются гораздо чаще, чем это следует из официальных данных по каждой стране, где были проведены расследования смертей младенцев (20–22). Наиболее типичной причиной смерти детей в результате жестокого обращения является травма головы, за ней следуют ранения брюшной полости (18, 23, 24). Часто сообщают также о преднамеренном удушении как причине смерти (19, 22).

Насилие без летального исхода

Данные о насилии без летального исхода и об отсутствии ухода за детьми поступают из разных источ-

ВСТАВКА 3.1**Проявления насилия и отсутствия заботы о ребенке**

Травмы, наносимые воспитателем ребенку, могут быть разными. Серьезное ухудшение здоровья или смерть в результате жестокого обращения чаще всего являются следствием травмы головы или травмы внутренних органов. Травмы головы как результат насилия — наиболее широко распространенная причина смерти у детей младшего возраста, поскольку дети в первые два года жизни наиболее уязвимы. Кожные повреждения могут быть явными признаками жестокого обращения. Признаки жестокого обращения включают множественные переломы на разных стадиях заживления, переломы костей, которые очень редко бывают «нормальными», характерные переломы ребер и длинных костей.

Младенцы, получившие травмы в результате сотрясений

«Сотрясение» является преобладающей формой жестокого обращения, которому подвергаются маленькие дети. Возраст большинства таких детей — менее 9 месяцев. В основном виновники такого жестокого обращения — мужчины, хотя это может отражать тот факт, что мужчины, будучи в среднем сильнее женщин, применяют больше силы, а не то, что они более склонны, чем женщины, к такому виду жестокого обращения. Внутричерепные кровотечения, кровоизлияния в сетчатку и мелкие «осколочные» переломы крупных суставов детских конечностей могут явиться результатом очень быстрого встряхивания младенца. Они также могут быть следствием сочетания встряхивания и удара головы о поверхность. Согласно некоторым оценкам около одной трети младенцев, подвергшихся сильному встряхиванию, умирает, а большинство выживших долго страдает от таких последствий, как умственная отсталость, церебральный паралич и слепота.

Избитые дети

Одним из синдромов насилия над ребенком — «избитый ребенок». Этот термин обычно применяется к детям, имеющим повторные очень сильные травмы кожи, скелета или нервной системы. Он относится к детям с множественными переломами различного срока, травмами головы и тяжелыми травмами внутренних органов с признаками повторного нанесения. Такие случаи трагичны, но, к счастью, встречаются редко.

Сексуальное насилие

Дети могут быть осмотрены специалистом из-за обеспокоенности их физическим состоянием или поведением, которые при дальнейшем обследовании оказываются результатом сексуального насилия. У детей, подвергшихся сексуальному насилию, обычно бывают симптомы инфекций, генитальные травмы, боли в брюшной полости, запоры, хронические или рецидивирующие инфекции мочевых путей или нарушения поведения. Чтобы выявить сексуальное насилие, нужно обладать высокой степенью бдительности и знать вербальные, поведенческие и физические показатели насилия. Многие дети сами рассказывают воспитателю или другим людям о совершенном над ними насилии, но его можно обнаружить также по косвенным физическим или поведенческим признакам.

Отсутствие заботы

Отсутствие заботы о ребенке проявляется в разных формах, включая несоответствие рекомендациям по уходу, неспособность найти соответствующий метод лечения, лишение пищи, приводящее к голоду, и физическое неблагополучие ребенка. Другие причины для беспокойства включают доступ детей к наркотикам и неадекватная защита от окружающих опасностей. Зброшенность, недостаточный контроль, отсутствие гигиены и лишение образования — все это также считается доказательством отсутствия заботы.

ников, включая официальную статистику, истории болезней и исследования, проводимые среди населения. Эти источники различаются по их полезности для описания полного масштаба проблемы.

Официальная статистика обычно может выявить небольшое относительно моделей жестокого обращения с детьми. Отчасти это происходит потому, что во многих странах не существует законодательных или социальных систем, обязанных регистрировать жалобы о жестоком обращении и об отсутствии заботы о ребенке и реагировать на них (7). Кроме того, юридические и культурные определения жестокого обращения и отсутствия заботы в разных странах разные. Есть также свидетельства того, что властям сообщают только о незначительном числе случаев плохого обращения с детьми, даже если некоторые органы обязаны об этом отчитываться (25).

Во многих странах были опубликованы материалы о случаях жестокого обращения с детьми. Они имеют большое значение для принятия мер на местном уровне против насилия над детьми и для повышения сознательности и заинтересованности общественности и профессионалов (26–32). На основе этих материалов можно выявить сходство в опыте разных стран и выдвинуть новые гипотезы. Однако они не особенно полезны при оценке относительной важности возможного риска или защитных факторов в различных культурных контекстах (35).

Обследования населения необходимы для определения истинного масштаба насилия над детьми. Недавно обследования такого рода были проведены в следующих странах: Австралия, Бразилия, Канада, Чили, Китай, Коста-Рика, Египет, Эфиопия, Индия, Италия, Мексика, Новая Зеландия, Никарагуа, Норвегия, Филиппины, Республика Корея, Румыния, ЮАР, США и Зимбабве (12, 14–17, 26, 34–43).

Физическое насилие

Оценки физического насилия над детьми, полученные из обследований населения, сильно отличаются друг от друга. В 1995 г. в США опрашивали родителей, как они наказывают своих детей (12). В результате был получен уровень физического насилия 49 случаев на 1000 детей, причем учитывались следующие виды поведения: удар ребенка каким-нибудь предметом не по ягодицам, пинки, избивание и угроза ребенку ножом или оружием.

Имеющиеся в наличии исследования позволяют предположить, что уровень физического насилия над детьми в других странах не ниже, а может быть даже и выше, чем в США. Недавно были получены следующие данные, касающиеся некоторых стран мира.

— При обследовании детей из всех слоев населения в Египте 37% сообщили об избивании или связывании их родителями, а 26% — о переломах, потере сознания или о постоянном нездоровье как результате избивания или связывания (17).

— В Республике Корея при последнем обследовании родителей и их поведения в отношении своих детей две трети из них признали, что секли розгами своих детей, а 45% подтвердили, что ударяли, пинали или били их (26).

— При проведении обследования домашних хозяйств в Румынии 4,6% детей сообщали о том, что они страдают от постоянного жестокого физического обращения, включая удары предметами, прижигание или лишение пищи. Приблизительно половина румынских родителей отмечали, что бьют своих детей «регулярно», причем 16% — при помощи предметов (34).

— В Эфиопии 21% городских школьников и 64% сельских школьников сообщали о синяках или опухолях на теле, являющихся результатом родительского наказания (14).

Данные, более удобные для сравнения, предоставляет проект «Всемирное исследование плохого обращения в семье» («WorldSAFE»), который является плодом международного сотрудничества. Исследователи из Чили, Египта, Индии и Филиппин составили общий протокол образцов материнского поведения в каждой стране для установления сопоставимых уровней грубых и более умеренных форм наказания ребенка. Говоря более конкретно, исследователи измерили частоту наказаний детей родителями, не квалифицируя грубое наказание как насилие, а используя «шкалу конфликтной тактики “родитель — ребенок”» (9–12, 40). В исследованиях данного проекта были также собраны другие данные для определения риска насилия и факторов, защищающих от него.

Таблица 3.1 представляет данные, полученные в четырех странах, включенных в исследование проекта, об относительном количестве разных случаев наказания, о которых сообщают сами родители. В каждой стране задавались вопросы, сформулированные одинаковым образом. Ре-

ТАБЛИЦА 3.1
Уровень физических наказаний детей в грубой или более умеренной форме за последние шесть месяцев по сообщениям матерей, исследование WorldSAFE

Тип наказания	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Тяжелые физические наказания					
Удары предметом (не по ягодицам)	4	26	36	21	4
Пинки	0	2	10	6	0
Нанесение ожогов	0	2	1	0	0
Избиение	0	25	— ^б	3	0
Угроза ножом или оружием	0	0	1	1	0
Удушение	0	1	2	1	0
Умеренные физические наказания					
Шлепки рукой по ягодицам	51	29	58	75	47
Удары предметом по ягодицам	18	28	23	51	21
Пощечины или оплеухи	13	41	58	21	4
Таскание за волосы	24	29	29	23	— ^б
«Встряхивание» ^с	39	59	12	20	9
Удары суставами пальцев	12	25	28	8	— ^б
Щипки	3	45	17	60	5
Скручивание уха	27	31	16	31	— ^б
Принуждение стоять на коленях или в неудобной позе	0	6	2	4	— ^б
Засовывание жгучего перца в рот	0	2	3	1	— ^б

^а Сельские местности.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

^с Дети в возрасте двух лет и старше.

результаты сравнивались с результатами национального исследования, проведенного в США с применением того же метода (12). Ясно, что распространенность грубых наказаний детей не ограничивается несколькими странами или одним регионом мира. Родители в Египте, сельских областях Индии и на Филиппинах сообщали о том, что они наказывали своих детей, ударяя их предметом по какой-либо части тела кроме ягодиц, по крайней мере один раз за предшествующие шесть месяцев. О таком же поведении сообщали в Чили и в США, хотя гораздо реже. О более грубых формах насилия — когда детей душат, наносят им ожоги или угрожают ножом или оружием — сообщалось еще реже.

Сходные сообщения родителей в других странах подтверждают, что грубые физические наказания детей распространены повсюду, где бы ни проводились исследования. В Италии количество случаев жестокого наказания согласно шкале конфликтной тактики составило 8% (39). Танг указал, что в Китае (ОАР Гонконг) ежегодный уровень жестокого наказания детей по сообщениям родителей составляет 461 случай на 1000 детей (43).

При проведении другого исследования, сравнивающего уровни насилия над детьми младшего школьного возраста в Китае и в Республике Корея, также применялась шкала конфликтной тактики, но вопросы задавались детям, а не их родителям (41). В Китае уровень тяжелых наказаний по сообщениям детей составил 22,6%, а в Республике Корея — 51,3%.

Данные, полученные WorldSAFE, проливают свет также на типы более «умеренного» физического наказания в различных странах (см. табл. 3.1). Умеренное наказание не везде относят к плохому обращению, хотя некоторые профессионалы и родители рассматривают такие формы наказания как неприемлемые. В этой области, как показывает исследование WorldSAFE, существует широкое расхождение между культурами. Шлепанье детей рукой по ягодицам — самая обычная мера наказания, о которой со-

общали в каждой стране, за исключением Египта, где в качестве наказания чаще применяются другие меры — такие как встряхивание, щипки, пощечины или оплеухи. Родители в сельских местностях Индии, однако, сообщали о пощечинах так же часто, как и о шлепках по ягодицам, тогда как в других странах пощечины или оплеухи встречаются реже.

Как жестокие, так и более умеренные формы наказания не ограничиваются семьей или домашней средой. Грубые наказания очень часто встречаются в школах и других учреждениях, где они исходят от учителей и других лиц, ответственных за заботу о детях (см. вставку 3.2).

Сексуальное насилие

Оценки распространенности сексуального насилия сильно различаются в зависимости от применяемых определений и способа сбора информации. Некоторые исследования имеют дело с детьми, другие с подростками и взрослыми, сообщающими о своем детстве, а в третьих задаются вопросы родителям о возможном опыте их детей. Эти три разных метода могут дать очень разные ре-

зультаты. Например, уже упомянутое обследование румынских семей обнаружило, что 0,1% родителей (по их собственному признанию) сексуально насиловали своих детей, тогда как среди детей 9,1% сообщали, что страдали от сексуального насилия (34). Это несоответствие отчасти можно объяснить тем фактом, что детей просили рассказать о сексуальном насилии, которому их подвергли другие люди помимо родителей.

Согласно опубликованным результатам исследований, в которых взрослые сообщали ретроспективно о своем собственном детстве, распространенность сексуального насилия над мальчиками находится в диапазоне от 1% (44) — там, где использовалось узкое определение сексуального контакта, включающее давление или силу, до 19% (38) — там, где использовали более широкое

определение. Сообщения взрослых женщин о сексуальном надругательстве, испытанном в детстве, дают показатели в диапазоне от 0,9% (45) при использовании строгого понятия изнасилования до 45% (38) при гораздо более широком определении. Данные международных исследований, проводимых с 1980 г., показывают, что средний уровень распространенности сексуального надругательства в детстве составляет 20% для женщин и 5–10% для мужчин (46, 47).

Такие широкие расхождения в оценках могут быть результатом или реальных различий в риске насилия в разных культурах, или результатом различий в методе, использованном при исследовании (46). Включение насилия, совершенного сверстниками, в определение сексуального насилия над детьми может увеличить полученные показа-

ВСТАВКА 3.2

Телесные наказания

Телесные наказания детей — в форме ударов рукой, кулаком, пинков и избиения — социально и юридически приняты в большинстве стран. Во многих странах они широко распространены в школах и других учреждениях, в том числе в исправительных учреждениях для малолетних правонарушителей.

Конвенция ООН о правах ребенка требует, чтобы государства защищали детей от «всех форм физического или психического насилия» в то время, когда они находятся под опекой родителей и других лиц, а Комитет ООН по правам детей подчеркивает, что телесные наказания несовместимы с данной Конвенцией.

В 1979 г. Швеция стала первой страной, запретившей все формы телесного наказания детей. С тех пор по крайней мере десять других государств запретили его. Кроме того, были вынесены определения конституционных и верховных судов, осуждающие телесные наказания в школах и исправительных учреждениях — в том числе в таких странах как Намибия, ЮАР и Зимбабве, а израильский верховный суд в 2000 г. заявил о незаконности всех видов телесных наказаний. Эфиопская конституция 1999 г. защищает право детей не подвергаться телесным наказаниям в школах и воспитательных учреждениях. Телесные наказания в школах были запрещены также в Новой Зеландии, Республике Корея, Таиланде и Уганде.

Тем не менее, исследования указывают на то, что телесные наказания по-прежнему не запрещены в учреждениях для малолетних правонарушителей (по крайней мере в 60 странах), в школах и других учреждениях для детей (по крайней мере в 65 странах). Физически наказывать детей дома разрешает закон во всех странах, кроме 11. Там, где не происходит постоянного реформирования правоохранительной системы и системы образования, телесные наказания — по данным немногих существующих исследований — все еще чрезвычайно распространены.

Телесные наказания опасны для детей. Если говорить о краткосрочных последствиях, то в результате таких наказаний ежегодно гибнут тысячи детей и еще большее число получает травмы и увечья. Что касается долгосрочной перспективы, то множество исследований показывают, что телесные наказания сильно влияют на развитие насильственного поведения и создают другие проблемы в детстве и в дальнейшей жизни.

тели на 9% (48), а включение случаев, когда физического контакта не происходит, увеличит их приблизительно на 16% (49).

Эмоциональное и психологическое насилие

Во всем мире психологическому насилию над детьми уделялось еще меньше внимания, чем физическому и сексуальному. По-видимому, культурные факторы значительно влияют на методы, которые выбирают родители для нефизического наказания своих детей — некоторые из них могут рассматриваться людьми из другого культурного окружения как психологически вредные. Поэтому очень трудно дать определение психологическому насилию. Более того, следствия психологического насилия, как бы их не определяли, сильно различаются в зависимости от условий и возраста ребенка.

Есть доказательства того, что во многих странах кричать на детей — обычная реакция родителей. Что касается ругательств и обзывания детей, то с этим дело обстоит по-разному. В пяти странах, где проводилось исследование WorldSAFE, самый низкий уровень словесного оскорбления детей за предшествующие полгода составил 15% (см. табл. 3.2). Распространенность обычая угрожать детям бросить их или запереть от них дом также сильно различается по странам. На Филиппинах, например, матери часто сообщали об угрозе бросить ребенка как о мере наказания. В Чили процент применения таких угроз был гораздо ниже — около 8%.

Данные о степени использования воспитателями в разных культурах и частях света ненасильственных и не оскорбляющих ребенка методов наказания чрезвычайно скудны. Ограниченные данные, полученные проектом World SAFE, показывают, что большинство родителей применяют ненасильственные средства наказания. Они включают объяснение ребенку, почему его поведение неправильно, и приказание прекратить так себя вести, лишение привилегий и другие способы изменить плохое поведение ребенка (см. табл. 3.3). В Коста-Рике, например, родители признавали, что применяли физические меры для наказания детей, но сообщали, что это был наименее предпочитаемый метод (50).

ТАБЛИЦА 3.2

Уровень словесных или психологических наказаний детей за предшествующие полгода по сообщению матерей, исследование WorldSAFE

Словесное или психологическое наказание	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Крики	84	72	70	82	85
Обзывания	15	44	29	24	17
Ругательства	3	51	— ^б	0	24
Отказ говорить с ребенком	17	48	31	15	— ^б
Угрозы выгнать из дома	5	0	— ^б	26	6
Угрозы бросить	8	10	20	48	— ^б
Запугивание злыми духами	12	6	20	24	— ^б
Выставление из дома и запираение дверей	2	1	— ^б	12	— ^б

^а Сельские местности.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

Отсутствие заботы

Многие исследователи включают в определение насилия отсутствие заботы или ущерб, нанесенный ребенку отсутствием заботы со стороны родителей или других воспитателей (29, 51–53). А к отсутствию заботы относят иногда такие условия, как голод и бедность. Поскольку определения различаются, и законы, предписывающие сообщать о насилии, не всегда требуют обязательного сообщения об отсутствии заботы, трудно оценить глобальные размеры этой проблемы или полноценно сравнить показатели разных стран. Например, недостаточно исследований было проведено по вопросу о том, как дети и родители могут расходиться в определении отсутствия заботы.

В Кении, когда взрослых в общинах опрашивали по теме плохого обращения с детьми, чаще всего называли заброшенность и отсутствие заботы (51). 21,9% исследованных здесь детей сообщили, что о них не заботились родители. В Канаде национальное исследование случаев, о которых сообщалось в службы по благополучию детей, обнаружило, что среди доказанных случаев отсутствия заботы 19% указывали на физическое отсутствие заботы, 12% — на заброшенность, 11% — на отсутствие заботы об образовании и 48% — на физический ущерб, явившийся результатом неспособности родителей обеспечить надзор над ребенком (54).

Каковы факторы риска насилия над ребенком и отсутствия заботы о нем?

Множество теорий и моделей было разработано для объяснения возникновения насилия в семье

ТАБЛИЦА 3.3

Уровень словесных или психологических наказаний детей за предшествующие полгода по сообщению матерей, исследование WorldSAFE

Меры ненасильственного наказания	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Объяснение ребенку, почему его поведение неправильно	91	80	94	90	94
Лишение привилегий	60	27	43	3	77
Требование прекратить неправильные действия	88	69	– ^б	91	– ^б
Переключение ребенка на другое занятие	71	43	27	66	75
Принуждение стоять на одном месте	37	50	5	58	75

^а Сельские районы.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

ях. Наиболее широко принята экологическая модель, описанная в главе 1. Экологическая модель в применении к проблеме насилия над ребенком и отсутствию заботы о нем учитывает такие факторы, как индивидуальные характеристики ребенка и его семьи, характеристики воспитателя или другого лица, виновного в насилии, особенности региона, а также социальную, экономическую и культурную среду (55, 56).

Ограниченное исследование в этой области показывает, что некоторые факторы при сопоставлении риска в ряде стран совершенно совпадают. Важно заметить, однако, что рассматриваемые ниже факторы имеют не причинную связь с насилием над ребенком, а только статистическую (6).

Факторы, увеличивающие уязвимость ребенка перед насилием

Результаты ряда исследований, проведенных по большей части в развитых странах мира, заставляют предположить, что определенные характеристики детей увеличивают риск насилия.

Возраст

Степень риска того, что с ребенком будут плохо обращаться — применять физическое или сексуальное насилие или не заботиться о нем — зависит частично от возраста ребенка (14, 17, 57, 58). Смерть в результате физического насилия наблюдается в основном среди очень маленьких детей (18, 20, 21, 28). Так, в исследованиях детской смертности на Фиджи, в Финляндии, Германии и Сенегале обнаружено, что большинству жертв было менее двух лет (20, 24, 28, 59).

Маленькие дети подвергаются также риску физического насилия, которое не приводит к смерти, хотя пиковый возраст для такого насилия различен в разных странах. Например, в Китае пик физического насилия над детьми, не приводящего к их смерти, приходится на 3–6 лет, в Индии — на 6–11 лет и в США — на возраст между 6 и 12 годами (11, 40, 43). Уровень сексуального насилия имеет тенденцию повышаться после начала половой зрелости, причем наивысшие показатели приходятся на период юности (15, 17, 60). Однако сексуальное насилие может быть направлено и на маленьких детей.

Пол ребенка

В большинстве стран девочки подвергаются большему риску быть убитыми, подвергнуться сексуальному насилию, их чаще вынуждают к проституции, пренебрегают их образованием и питанием (см. об этом также гл. 6). Данные нескольких международных исследований показывают, что девочки в 1,5–3 раза чаще, чем мальчики, подвергаются сексуальному насилию (46). В мире более 130 млн детей в возрасте от 6 до 11 лет не посещают школу, 60% из них девочки (61). В некоторых странах девочкам не разрешают посещать школу — их оставляют дома, чтобы они присматривали за младшими детьми, или заставляют работать, чтобы помочь семье материально.

Мальчики подвергаются большему риску грубого физического наказания во многих странах (6, 12, 16, 40, 62), а девочки подвергаются повышенному риску убийства. Это не совсем понятно; возможно, так происходит потому, что грубые физические наказания рассматриваются как подготовка мальчиков к роли и обязанностям взрослого или же считается, что по отношению к мальчикам следует больше применять физические наказания. Очевидно, эти различия можно объяснить культурным несходством разных обществ в том, что касается роли женщин и ценности, придаваемой мальчикам и девочкам.

Особые характеристики ребенка

Было показано, что недоношенные младенцы, близнецы и дети-инвалиды подвергаются повы-

шенному риску физического насилия и отсутствия заботы (6, 53, 57, 63). Имеются противоречивые данные относительно важности умственной отсталости как фактора риска. Полагают, что небольшой вес при рождении, преждевременное рождение, физические и умственные дефекты, появившиеся в младенчестве или детстве, мешают возникновению у родителей привязанности к ребенку и могут сделать его более уязвимым для насилия (6). Однако эти характеристики, по-видимому, не являются главными факторами риска насилия по сравнению с другими факторами, такими как родители и общество (6).

Характеристики воспитателя и семьи

Исследования связывают некоторые характеристики воспитателей, а также особенности семейной среды с насилием и отсутствием заботы о ребенке. В то время как одни факторы — включая демографические — могут давать ту или иную степень риска, есть и другие факторы: психологические и поведенческие характеристики родителей или семейной среды, которые могут нарушать родительские чувства и приводить к плохому обращению с ребенком.

Пол

Кто чаще применяет насилие — мужчины или женщины — зависит отчасти от вида насилия. Исследование, проведенное в Китае, Чили, Финляндии, Индии и США, показывает, что женщины чаще сообщают о применении физического наказания, чем мужчины (12, 40, 43, 64, 65). В Кении сообщения детей также показывают, что матери чаще чем отцы применяют насилие (51). Однако мужчины обычно бывают виновниками угрожающих жизни травм головы, переломов и других ранений, приводящих к смерти ребенка (66–68).

Во многих странах сексуальными совратителями как мальчиков, так и девочек чаще являются мужчины (46, 69, 70). Разные исследования дают один и тот же вывод, а именно: мужчины являются виновниками сексуального насилия над девочками более чем в 90% случаев, а над мальчиками — от 63 до 86% случаев (46, 71, 72).

Структура семьи и ресурсы

Родители, которые плохо обращаются с ребенком, чаще являются молодыми, одинокими, бедными, безработными и менее образованными,

чем родители, которые не применяют насилия. Как в развивающихся, так и в индустриальных странах бедные, молодые и одинокие матери числятся среди тех, кто подвержен наибольшему риску проявления жестокости в отношении своих детей (6, 12, 65, 73). В США, например, матери-одиночки в три раза чаще применяют грубое физическое наказание, чем матери в полных семьях (12). Сходные показатели дало исследование в Аргентине (73).

Исследования в Бангладеш, Колумбии, Италии, Кении, Швеции, Таиланде и Великобритании также выявили, что низкий уровень образования и доход, не достаточный для удовлетворения потребностей семьи, увеличивают вероятность физического насилия над детьми (39, 52, 62, 67, 74–76), хотя иногда обнаруживаются исключения из этой модели (14). В палестинских семьях отсутствие денег на удовлетворение потребностей ребенка по мнению родителей является одной из главных причин жестокого психологического обращения с ним (77).

Размер и состав семьи

Размер семьи также может повысить риск жестокого обращения с ребенком. Изучение родителей в Чили выявило, например, что в семьях с четырьмя или более детьми родители применяют насилие в три раза чаще, чем в семьях с меньшим количеством детей (78). Однако не всегда имеет значение просто размер семьи. Данные по ряду стран показывают, что слишком большое количество людей в доме повышает риск жестокого обращения с ребенком (17, 41, 52, 57, 74, 79). Неустойчивая среда в семье, состав домочадцев в которой часто меняется, члены семьи и другие люди появляются и исчезают, является чертой, особо отмечаемой в случаях хронического отсутствия заботы о ребенке (6, 57).

Личностные и поведенческие характеристики родителей и воспитателей

Многие исследования связывают с насилием и отсутствием заботы о ребенке ряд личностных и поведенческих характеристик родителей. Родители, которые склонны плохо обращаться со своими детьми, обычно имеют низкую самооценку, плохой контроль над своими импульсами, проблемы с психическим здоровьем, а также демонстрируют антисоциальное поведение (6, 67, 75, 76, 79). Не

заботящиеся о ребенке родители часто имеют те же проблемы; они также имеют трудности с планированием таких важных жизненных событий как брак, рождение ребенка или поиски работы. Многие из этих характеристик мешают заботе о ребенке и вызывают нарушения социальных взаимоотношений; такие родители не могут справиться со стрессом и не способны связаться с системами социальной поддержки (6).

Родители, склонные к насилию, могут также иметь недостаточно информации о ребенке и предъявлять нереальные требования к его развитию (6, 57, 67–80). Исследование обнаружило, что такие родители проявляют большее раздражение и досаду в ответ на настроение и поведение своих детей, что они меньше поддерживают и любят их, играют с ними и отзываются на их нужды и что они более сдержанны и враждебны.

Родители, имевшие в детстве опыт насилия

Исследования показали, что родители, с которыми плохо обращались, когда они были детьми, более склонны жестоко обращаться со своими собственными детьми (6, 58, 67, 81, 82). Однако прямую связь здесь сложно выявить (81–83), и согласно некоторым исследованиям большинство родителей, которые плохо обращаются с ребенком, сами в детстве не подвергались жестокому обращению (58). Хотя эмпирические данные наводят на мысль, что между этими явлениями все-таки существует связь, важность этого фактора риска, возможно, преувеличена. Более решающими могут быть другие факторы — такие как молодость родителей, стресс, изоляция, перенаселенность дома, злоупотребление психоактивными веществами и бедность.

Насилие в доме

Повышенное внимание уделяется насилию со стороны интимного партнера и его связи с жестоким обращением с ребенком. Данные исследований в таких географически и культурно удаленных друг от друга странах, как Китай, Колумбия, Египет, Индия, Мексика, Филиппины, ЮАР и США, выявили тесную связь между этими двумя формами насилия (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). Согласно недавнему исследованию в Индии домашнее насилие удваивает риск плохого обращения с ребенком (40). Среди детей, сообщивших о том, что с ними жестоко обращаются, 40% или более заявляли также о наси-

лии по отношению к другим членам семьи в доме (84). Фактически связь между этими формами насилия может быть еще теснее, так как многие учреждения, которым вменяется в обязанность защита детей, обычно не собирают данные о других формах насилия в семьях.

Другие характеристики родителей и воспитателей

Жестокое обращение и отсутствие заботы о ребенке также связаны со стрессом и социальной изоляцией родителя (6, 39, 57, 73, 85). Полагают, что стресс, являющийся следствием изменений на работе, потери дохода, проблем со здоровьем или других аспектов семейной среды, может повысить уровень конфликтности дома, если члены семьи неспособны справиться с ним или найти поддержку. Те, кто могут найти социальную поддержку, вероятно, менее склонны жестоко обращаться с детьми, даже когда существуют другие факторы риска. Например, согласно контрольному исследованию в Буэнос-Айресе (Аргентина), дети, проживающие в семье с одним родителем, подвергаются значительно большему риску жестокого обращения, чем дети из семей с двумя родителями. Однако риск жестокого обращения был ниже у тех, кто сумел получить доступ к социальной поддержке (73).

Жестокое обращение с ребенком также было связано во многих исследованиях со злоупотреблением веществами (6, 37, 40, 67, 76), хотя требуется дальнейшее изучение этой проблемы, чтобы выявить эффект, не зависящий от сопутствующих факторов: бедности, перенаселенности, психических расстройств и проблем со здоровьем у родителей.

Факторы общины Бедность

Многочисленные исследования во многих странах выявили тесную связь между бедностью и плохим обращением с детьми (6, 37, 40, 62, 86–88). Показатели жестокого обращения выше в районах с высоким уровнем безработицы и концентрированной бедностью (89–91). Такие районы характеризуются также высоким уровнем миграции населения и перенаселенным жильем. Исследование показывает, что хроническая бедность неблагоприятно влияет на детей из-за ее воздействия на поведение родителей и на доступность ресурсов (92). В районах с высоким уровнем бедности обычно худшая физическая и социальная инфра-

структура и меньшее количество ресурсов и удобств, которыми характеризуются более богатые районы.

Социальный «капитал»

Социальный «капитал» — это степень сцепления и солидарности общин (85). Дети, проживающие в районах с меньшим «социальным капиталом» или меньшими «социальными инвестициями» в общину, по-видимому, обладают большим риском того, что с ними будут плохо обращаться, и риском иметь больше психологических или поведенческих проблем (85). Социальные и соседские связи являются, как было показано, защитными для детей (4, 58, 93). Это верно даже для детей, проживающих в семьях с рядом факторов риска: бедных, применяющих насилие, злоупотребляющих веществами, родители которых имеют низкий уровень образования — тем не менее, они могут быть защищены высоким уровнем социального капитала (85).

Общественные факторы

Факторы на уровне общества, по нашему мнению, имеют большое влияние на благополучие детей и семей. В большинстве стран до настоящего момента они не изучались как факторы риска плохого обращения с ребенком. Среди этих факторов следующие.

- Роль, которую играют культурные ценности и экономические силы при принятии решений в семье; реакция семьи на эти силы.
- Неравенства, связанные с полом и доходом — факторы, оказывающие влияние на другие виды насилия и, вероятно, также на плохое обращение с ребенком.
- Культурно-гендерные нормы, отношения «родитель–ребенок» и частная жизнь семьи.
- Политика государства в отношении ребенка и семьи — например, касающаяся ухода родителя из семьи, занятости матерей и мер по охране детства.
- Природа и степень превентивных мер по охране здоровья детей, помощь в идентификации случаев жестокого обращения с детьми.
- Прочность системы общественного благополучия, то есть источники поддержки, обеспечивающие безопасную жизнь детей и семей.

- Природа и степень социальной защиты и помощи со стороны правоохранительной системы.
- Крупные социальные конфликты и войны.

Многие из этих широких культурных и социальных факторов могут влиять на способность родителей заботиться о детях — увеличивая или уменьшая стрессы, связанные с семейной жизнью, и средства, имеющиеся в семьях.

Последствия жестокого обращения с ребенком Ухудшение здоровья

Проблемы со здоровьем, вызванные жестоким обращением в детстве, составляют значительную часть общего числа заболеваний во всем мире. Некоторые последствия жестокого обращения для здоровья уже давно исследованы (21, 35, 72, 94–96), другим (например, психическим расстройствам и суицидальному поведению) только недавно было уделено внимание (53, 97, 98). Важно, что сейчас имеются доказательства того, что главные виды болезней у взрослых — включая ишемическую болезнь сердца, рак, хронические заболевания легких, синдром раздраженного кишечника и фибромиалгию — имеют отношение к жестокому обращению, испытанному в детстве (99–101). Объяснение этого очевидно: у детей, с которыми жестоко обращались, чаще бывают поведенческие факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем, плохое питание и недостаток двигательной активности. Исследования также выявили серьезные последствия, возникающие сразу или через длительное время (21, 23, 99–103) (см. табл. 3.4).

Сходным образом, многие исследования говорят о психологических нарушениях, действующих короткое или длительное время (35, 45, 53, 94, 97). Некоторые дети имеют симптомы, которые не требуют клинического вмешательства, или требуют, но не такого высокого уровня, как у детей, наблюдавшихся в клиниках. Другие выжившие имеют такие серьезные психические расстройства, как депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, агрессия, чувство стыда или нарушение познавательных способностей. Наконец, у некоторых детей могут быть посттравматический стресс, большая депрессия, тревога и нарушение сна (53, 97, 98). Так, последнее возрастное исследование в Кристчерче (Новая Зеландия) выявило тесную связь между сексуальным насилием, пере-

ТАБЛИЦА 3.4

Последствия жестокого обращения в детстве для здоровья

Физические
Травмы брюшной полости и грудной клетки
Травмы головного мозга
Синяки и рубцы
Ожоги
Травмы центральной нервной системы
Инвалидность
Переломы
Ссадины и рваные раны
Ухудшение зрения
Сексуальные проблемы и проблемы с репродуктивным здоровьем
Половые дисфункции
Болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД
Нежелательная беременность
Психологические и поведенческие
Алкоголизм и наркомания
Ухудшение познавательных способностей
Преступное, жестокое и прочее поведение, связанное с риском
Депрессия и беспокойство
Задержки в развитии
Нарушения питания и сна
Чувство стыда и вины
Гиперактивность
Плохие взаимоотношения
Плохие успехи в школе
Низкая самооценка
Посттравматические стрессовые расстройства
Психосоматические расстройства
Суицидальное поведение и нанесение себе ущерба
Другие длительные последствия для здоровья
Рак
Хронические легочные заболевания
Фибромиалгия
Синдром раздраженного кишечника
Ишемическая болезнь сердца
Болезни печени
Проблемы с репродуктивным здоровьем, например бесплодие

несенным в детстве, и последующими проблемами с психическим здоровьем: депрессией, тревогой, суицидальными мыслями и поведением (97).

Физические, поведенческие и эмоциональные последствия жестокого обращения могут быть разными. Они зависят от уровня развития, на котором находился ребенок, когда произошло насилие, от его жестокости, от отношений между виновником насилия и ребенком, срока, в течение которого продолжалось жестокое обращение, и других факторов в окружении ребенка (6, 23, 72, 895–101).

Финансовое бремя

Финансовые затраты, связанные как с краткосрочным, так и с длительным уходом за жертвами, составляют значительную часть общего бремени, создаваемого жестоким обращением и отсутствием заботы о ребенке. В подсчеты включены непо-

средственные и косвенные расходы. Непосредственные расходы связаны с лечением, посещениями больницы и врача и другим медицинским обслуживанием. Косвенные затраты связаны с потерей производительности, инвалидностью, снижением качества жизни и преждевременной смертью. Возникают затраты также у правоохранительных органов и других учреждений, включая затраты на:

- арест и преследование виновников;
- расследование сообщений о жестоком обращении и защиту детей от насилия (организациями по социальному обеспечению);
- передачу ребенка на воспитание;
- систему образования;
- сектор занятости из-за потери трудоспособности и низкой продуктивности труда.

Имеющиеся в наличии данные по нескольким развитым странам иллюстрируют потенциальное финансовое бремя. В 1996 г. в США финансовые затраты, связанные с жестоким обращением с ребенком и отсутствием заботы о нем, были оценены приблизительно в 12,4 млрд долл. США (8). В эту цифру включалась оценка будущей потерянной зарплаты, стоимость образования и медицинских услуг по лечению психических заболеваний. В Великобритании приблизительно 1,2 млн долл. США в год расходуются только на непосредственное оказание юридической помощи и услуг соцобеспечения детям – жертвам насилия (104). Затраты на превентивные меры, вероятно, во много раз превышают общую сумму краткосрочных и долгосрочных затрат, связанных с отсутствием заботы и жестоким обращением с детьми, которые приходятся на отдельных людей, семьи и общество.

Что можно сделать, чтобы предупредить жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы о них?

Хотя предупреждение жестокого обращения с детьми почти везде в мире объявлено важной задачей социальной политики, удивительно мало исследуется эффективность предупредительных мер. Была проделана тщательная работа по нескольким видам мер, таким как посещение семей (105–107), но пока еще многие меры в этой области не получили адекватной оценки (108).

Большинство программ фокусируется на детях – жертвах жестокого обращения или отсутствия забо-

ты или на виновниках такого обращения. Очень немногие ставят на первое место важность первичных превентивных мер, направленных на предупреждение плохого обращения и отсутствие заботы о ребенке. Самые общие из таких мер описаны ниже.

Методы поддержки семьи Обучение родительским навыкам

Был разработан ряд мер по улучшению родительских навыков и обеспечению поддержки семьи. Эти виды программ обычно дают сведения родителям о развитии их детей и помогают им улучшить свои навыки в управлении их поведением. Хотя большинство таких программ направлены на семьи с высоким риском или на такие семьи, в которых насилие уже имело место, все больше внимания уделяется и обучению всех родителей или будущих родителей. В Сингапуре, например, обучение родительским навыкам начинается со средней школы, в классах «подготовки к отцовству или материнству». Ученики узнают о развитии ребенка, об уходе за ним и приобретают непосредственный опыт, работая с маленькими детьми в дошкольных учреждениях и центрах по уходу за ребенком (8).

Если в семье уже имело место насилие над ребенком, главная задача здесь — предупредить дальнейшее плохое обращение, а также такие отрицательные последствия для ребенка, как эмоциональные проблемы или замедленное развитие. Хотя оценка программ по образованию и тренингу родителей дала многообещающие результаты в отношении снижения насилия в молодежной среде, немногие исследования специально изучали влияние таких программ на уровень плохого обращения с детьми. Вместо этого об эффективности многих мероприятий судят по их непосредственным результатам — таким как возросшая компетенция и навыки родителей, количество конфликтов между родителями и детьми, психическое здоровье родителей.

Например, Вольф и др. оценивали эффективность влияния родительских тренингов, специально спланированных для семей группы риска, на проблемы с поведением (109). Пары мать–ребенок были распределены на две группы: в одной применялось вмешательство, другая использовалась для сравнения. Матери, прошедшие родительский тренинг, сообщили о меньшем числе про-

блем с поведением их детей и с коррекцией возможного плохого обращения с ними по сравнению с матерями в контрольной группе. Более того, контрольная оценка этих случаев показала, что риск плохого обращения с детьми у матерей, прошедших тренинг, снизился.

Посещение семей и другие программы по поддержке семьи

Программы посещения семей предоставляют семьям помощь на дому. Этот вид мероприятий считается одним из наиболее многообещающих в отношении предупреждения многих негативных явлений, включая насилие в молодежной среде (см. гл. 2) и плохое обращение с ребенком (105–107). Во время посещения семьям предлагается информация, поддержка и услуги для улучшения их существования. Был разработан и изучен ряд моделей таких посещений. В одних моделях посещаются все семьи, независимо от их статуса риска, тогда как в других фокусируются только на семьях группы риска: с молодыми или одинокими родителями, родителями-подростками, живущими в общинах с высоким уровнем бедности.

Вазик и Робертс (110) обследовали более чем 1900 программ посещения семей и обнаружили среди них 224 программы, основная задача которых — оказание помощи детям, с которыми плохо обращались и которые не имели ухода. Наиболее важными среди оказываемых услуг считались улучшение родительских навыков и умения справляться с трудностями, за ними следовала эмоциональная поддержка. Обычно семьи посещались еженедельно или каждые 2 недели; при этом период оказания помощи варьировал от 6 месяцев до 2 лет.

Одна из таких программ осуществляется в Родительском центре в Кейптауне (ЮАР). Людей, посещающих семьи, набирают из общин и обучают в центре; затем их контролируют профессиональные социальные работники. Семьи посещаются ежемесячно в период до рождения ребенка, еженедельно в течение первых двух месяцев после его рождения, и затем раз в месяц пока ребенку не исполнится полгода. После этого визиты могут продолжаться или прекратиться, в зависимости от оценки контролера. При необходимости семьи могут обратиться в другие учреждения.

Одно из немногих исследований по изучению долгосрочного влияния посещения семей на плохое обращение с детьми и отсутствие ухода за ни-

ми было проведено Олдзом и др. (106). Они сделали вывод, что на протяжении 15 лет после рождения первого ребенка, женщины, которых посещали медсестры во время их беременности и младенческого возраста ребенка, с меньшей вероятностью становятся виновницами жестокого обращения с ребенком, чем женщины, которых не посещали.

Интенсивная помощь по сохранению семьи

Этот вид услуг разработан, чтобы сохранить семью и помешать передаче детей под иное попечение. Помощь направляется семьям, в которых был установлен факт плохого обращения с ребенком. Эта мера краткосрочная (длится несколько недель или месяцев) и интенсивная. Обычно семье уделяется 10–30 часов в неделю — либо дома, либо в другом месте, знакомом ребенку. Предлагается много услуг в зависимости от потребностей семьи, включая различные формы лечения и более практическую помощь, например временные субсидии по арендной плате.

Пример такой программы в США — «Строители домашнего очага» («Homebuilders»). Она предусматривает интенсивное вмешательство при семейном кризисе и образовательную помощь (111). Государственные работники относят к этой программе семьи, чьи дети — один или более — находятся в непосредственной опасности передачи на попечение другим лицам или в специальные учреждения. В течение 4-х месяцев семьи могут круглосуточно получать интенсивную помощь врачей. Предлагается широкий спектр услуг, включая удовлетворение основных нужд, таких как пища, кров и обучение новым навыкам.

Такого рода программы получили ограниченную оценку и их данные в какой-то степени неубедительны, главным образом из-за того, что программы предлагали широкий выбор услуг, и относительно немногие исследования включали контрольную группу. Есть некоторые свидетельства того, что программы по сохранению семейного единства могут помочь избежать помещения детей в приют, по крайней мере, на короткий срок. Однако очень маловероятно, что глубокие семейные деформации можно решить краткосрочной интенсивной помощью такого рода. Один мета-анализ нескольких интенсивных программ по сохранению семьи выявил, что программы с более высокой степенью вовлечения, применяющие подход, основанный на спаянности семьи, и включающие эле-

менты социальной поддержки, давали лучшие результаты, чем программы без этих элементов (112).

Методы медицинского обслуживания Осмотр (скрининг) работниками здравоохранения

Работники здравоохранения должны играть ключевую роль в определении случаев жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними, в лечении и направлении на лечение детей. Они должны докладывать о возможных случаях плохого обращения соответствующим органам власти. Жизненно важно, чтобы случаи плохого обращения с детьми выявлялись как можно раньше для того, чтобы уменьшить последствия для ребенка и оказать ему необходимую помощь как можно быстрее.

Под скринингом обычно понимают идентификацию проблем со здоровьем до того как появляются симптомы и признаки заболеваний. В случае с жестоким обращением и отсутствием ухода за ребенком скрининг труден, поскольку нужно полагаться на информацию, полученную непосредственно от виновника насилия или свидетелей. По этой причине описано относительно немного методов скрининга, и по большей части они фокусируются на улучшении раннего распознавания работниками здравоохранения плохого обращения и отсутствия ухода за ребенком, в основном благодаря более широкому применению тренингов и образования родителей.

Тренинги для работников здравоохранения

Исследования в разных странах выявили необходимость постоянного обучения работников здравоохранения методам определения ранних симптомов и признаков жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними (113–115). Поэтому ряд организаций здравоохранения разработали программы тренинга с тем, чтобы улучшить выявление таких случаев, обеспечить сообщение о них, а также повысить информированность работников здравоохранения о возможной помощи со стороны общин. В США, например, Американская медицинская ассоциация и Американская академия педиатрии опубликовали диагностические и терапевтические руководства по проблеме плохого обращения с детьми (116) и по проблеме сексуального насилия над ними (117). В штате Нью-Йорк работники здравоохранения обязаны пройти двухчасовой курс, посвященный тому, как опре-

делять случаи плохого обращения и отсутствия ухода за ребенком и сообщать об этом. Это является условием получения лицензии (118). В нескольких европейских и других странах также были предприняты шаги по введению тренингов для работников здравоохранения (7, 119–121).

Выявление жестокого обращения с ребенком и отсутствия ухода за ним, однако, не всегда простая задача (122–124). Обычно для этого необходимы особые методы интервью и особые виды физического осмотра. Профессионалы-медики должны также внимательно отслеживать семейные и другие факторы риска плохого обращения с ребенком.

Чтобы обеспечить постоянный динамичный процесс образования профессионалов-медиков в этой области, некоторые исследователи предложили для них многокомпонентные структурные планы в зависимости от того, насколько они вовлечены в работу со случаями жестокого обращения с детьми (125). Согласно этому предложению нужно разработать отдельные курсы тренинга для студентов-медиков и врачей, с одной стороны, и для тех, кто специально занимается этой проблемой, с другой. Эти курсы должны быть интегрированы в общую программу.

Оценка программ по тренингу основывается в основном на информации работников здравоохранения о плохом обращении с детьми и поведении родителей. Но улучшается ли в результате действия таких программ уход за детьми и направление их на лечение, неизвестно.

Терапевтические методы

Реагирование на плохое обращение и отсутствие ухода за ребенком зависит от многих факторов, включая возраст, уровень развития ребенка и наличие стрессовых факторов среды. По этой причине был разработан широкий спектр терапевтических услуг для отдельных людей. Терапевтические программы действуют повсюду в мире, включая Аргентину, Китай (ОАР Гонконг), Грецию, Панаму, Российскую Федерацию, Сенегал и Словакию (7).

Помощь жертвам

Обзор программ по лечению детей, ставших жертвами жестокого физического обращения, выявил, что терапевтический дневной уход — с целью улучшения когнитивных и развивающих навыков — является самым популярным подходом (126). Терапевтический дневной уход был реко-

мендован для ряда состояний, связанных с жестоким обращением, таких как эмоциональные, поведенческие и связанные с привязанностью проблемы, когнитивные задержки или замедление развития. Этот подход объединяет лечение и особое обращение с ребенком в ходе ежедневной деятельности в месте ухода за ребенком. Многие программы этого типа включают также терапию и образование для родителей.

В исследовании Фантуццо и др. (127) описан особый метод обращения с социально отчужденными и подвергшимися насилию детьми. Дошкольники, с которыми плохо обращались и которые испытывали большое социальное отчуждение, были помещены в игровые группы вместе с детьми, имеющими более высокий уровень социальных навыков. Детей, лучше умеющих общаться, обучили действовать в качестве моделей и поощрять отчужденных детей в играх. В их задачи входила вербальная и физическая инициатива: например, они предлагали отчужденным детям игрушки. Улучшение в социальном поведении отчужденных детей имело место, хотя длительность результатов этой стратегии не была оценена. Большинство других программ по обращению с детьми, описанных в упомянутом обзоре, также оценивались мало или вообще не оценивались (126).

Проявления сексуального насилия, так же как и физического, могут сильно различаться в зависимости от ряда факторов, таких как индивидуальные характеристики жертвы, взаимоотношения виновника насилия и жертвы и обстоятельства насилия. Поэтому было разработано множество методов вмешательства и обращения с жертвами сексуального насилия, включая индивидуальные, групповые и семейные виды терапии (128–131). Как показывает ограниченное исследование, психическое здоровье в результате такого вмешательства улучшается, об улучшении в других областях имеется значительно меньше информации.

Помощь детям, наблюдавшим насилие

Одним из последних дополнений к набору стратегий по вмешательству является помощь детям — свидетелям домашнего насилия (132–134). Исследование продемонстрировало, что насилие, которое видят дети, может иметь для них многочисленные негативные последствия. Они с большей вероятностью будут воспроизводить, по примеру

взрослых, дисфункциональные отношения в своих собственных семьях.

Что касается случаев непосредственного физического или сексуального нападения, у детей — свидетелей этого может появиться ряд расстройств, включая поведенческие, эмоциональные и социальные проблемы, задержки умственного или физического развития; однако у некоторых детей, бывших свидетелями такого насилия, может и не появиться проблем. Учитывая возможность разной реакции детей, были разработаны различные стратегии вмешательства и методы обращения в зависимости от возраста ребенка. На сегодня имеется мало свидетельств эффективности этих программ, их оценки часто противоречат друг другу. Две оценки, например, одной и той же программы, которая предполагала 10-недельное обучение детей, дали разные результаты. Согласно одной оценке дети, прошедшие обучение, смогли показать больше умений в том, как избежать вовлечения в насильственные конфликты между родителями и как найти поддержку, чем дети в контрольной группе, а согласно другой оценке никаких различий между двумя группами не было (135, 136).

Помощь взрослым, подвергшимся насилию в детстве

В ряде исследований была выявлена связь между опытом жестокого обращения, который ребенок получил в детстве, и рядом таких негативных явлений, как злоупотребление веществами, проблемы с психическим здоровьем и алкогольная зависимость (96–99, 137). Кроме того, жертвы жестокого обращения в детстве могут не быть идентифицированы как таковые и не иметь симптомов даже много лет спустя после того, как произошло насилие. По этой причине в последнее время увеличилось оказание помощи взрослым, с которыми жестоко обращались в детстве, их в частности стали больше направлять на лечение по поводу психического здоровья. К сожалению, опубликовано мало данных о том, насколько такое вмешательство помогает взрослым. Большинство проведенных исследований фокусировались на девочках, с которыми плохо обращались их отцы (138).

Юридические и сопутствующие меры Обязательное и добровольное сообщение о фактах насилия над детьми

Сообщения медицинских работников о предполагаемом жестоком обращении с детьми и об от-

сутствии ухода за ними закреплены законодательством во многих странах, включая Аргентину, Финляндию, Израиль, Киргизстан, Республику Корея. Однако лишь небольшое число стран имеет специальные законы об этом. Последний всемирный обзор обнаружил, что из 58 исследованных стран 33 имеют законы об обязательном сообщении на местах и 20 — законы о добровольном сообщении (7).

Причина введения законов об обязательном сообщении — возможность раннего выявления жестокого обращения, что поможет предупредить появление серьезных травм, повысит безопасность жертв, освободив их от необходимости сообщать самим, и будет способствовать координации действий в ответ на насилие — оказанию юридической, медицинской и другой помощи.

В Бразилии врачи обязаны сообщать о насилии над детьми так называемому Опекунскому совету, состоящему из пяти человек (8). Члены совета, выбранные на два года, обязаны защищать детей — жертв жестокого обращения и отсутствия ухода любыми социальными средствами, включая предоставление временного крова и госпитализацию. Юридические аспекты жестокого обращения и отсутствия ухода — такие, как преследование виновников и лишение родительских прав — не входят в обязанности Совета.

Обязательные законы потенциально полезны для целей сбора данных, но неизвестно, насколько они эффективны в предупреждении случаев жестокого обращения и отсутствия ухода. Кроме того, непонятно, в состоянии ли социальные учреждения, у которых мало денежных средств, принести пользу ребенку и семье, и не принесут ли они больше вреда, чем пользы, пробуждая ложные надежды (139).

В мире существуют различные системы добровольного сообщения — например, в таких странах как Барбадос, Камерун, Хорватия, Япония, Румыния и Объединенная республика Танзания (7). В Нидерландах о предположительных случаях жестокого обращения с ребенком добровольно можно сообщить в одно из двух государственных учреждений — в Совет по заботе о детях и их защите и в Офис конфиденциального врача. Оба этих органа существуют для защиты детей от жестокого обращения и отсутствия ухода, и оба проверяют подозрительные сообщения о плохом обращении. Ни одно из этих учреждений не оказывает помощи

ребенку или семье: для этого детей и членов семьи направляют в другое место (140).

Защита ребенка

Учреждения по защите ребенка проверяют и пытаются доказать сообщения о фактах предположительного жестокого обращения с детьми. Такие сообщения могут поступать из различных источников, включая медицинский персонал, полицию, учителей и соседей.

Если сообщения подтверждаются, то персонал учреждения должен принять решение о подходящих мерах. Такие решения часто трудно принимать, так как нужно найти равновесие между противоречивыми требованиями — такими как необходимость защитить ребенка и желание не разрушать семью. Помощь, предлагаемая детям и семьям, может, таким образом, быть очень разной. Уже опубликованы некоторые исследования о принятии решений в таких случаях, а также об имеющихся в настоящее время недоработках в этой области. Например, необходимо разработать специальные стандартные критерии, чтобы определить степень риска жестокого обращения для семей и детей. Однако работ, исследующих, насколько эффективно услуги по защите детей снижают уровень жестокого обращения с ними, все еще мало.

Группы по рассмотрению детской смертности

В США повышенная сознательность в вопросе насилия над детьми привела к созданию таких групп во многих штатах (141). Эти междисциплинарные группы изучают смертность среди детей, привлекая данные и ресурсы полиции, адвокатов, работников здравоохранения, служб по защите детей, следователей по делам о скоропостижной смерти и медицинских следователей. Исследователи выявили, что эти специализированные группы более эффективно выявляют признаки жестокого обращения с ребенком и отсутствия ухода за ним, чем группы без соответствующего тренинга. Одна из задач этих групп — улучшить точность классификации детской смертности.

Улучшение точности классификации, в свою очередь, может способствовать более успешному преследованию виновников насилия в судебном порядке, так как будут собраны лучшие улики. При анализе данных о детской смертности, собранных в штате Джорджия (США) (142), исследователи об-

наружили, что особенно полезно расследование случаев смерти от плохого обращения и при синдроме внезапной смерти младенца. Согласно исследованию группы по рассмотрению детской смертности 2% смертей в течение годового периода изучения, которые первоначально не классифицировались как связанные с жестоким обращением и отсутствием ухода, позже были классифицированы именно как таковые.

Среди других задач таких групп — предупреждение детской смертности по причине плохого обращения; это делается путем обзора, анализа и использования корректирующих мер, а также обеспечения лучшей координации между разными учреждениями и отраслями.

Аресты и уголовное преследование

Уголовное законодательство заметно различается в разных странах, отражая разные точки зрения на роль законодательной системы в отношении плохого обращения с детьми. Принятие решения об уголовном преследовании виновников насилия зависит от нескольких факторов, в частности от серьезности жестокого обращения, от состава доказательств, от того, можно ли сделать ребенка компетентным свидетелем, и от того, существуют ли какая-то реальная альтернатива преследованию (143). В одном обзоре по уголовному преследованию случаев сексуального насилия над детьми (144) было проанализировано 451 заявление, зарегистрированное за два года, и выявлено, что в 72% случаев можно говорить о возможном сексуальном насилии. Однако формальные обвинения были сделаны менее чем в половине этих случаев. В другом исследовании заявлений по поводу сексуального насилия над детьми (145) обвинители приняли к рассмотрению 60% из присланных им заявлений.

Обязательное лечение правонарушителей

Обязательное лечение виновников насилия над детьми по решению суда принято во многих странах. Однако многие исследователи с этим не согласны, считая, что добровольная запись в программы по лечению предпочтительнее. Сторонники обязательного лечения полагают, что при отсутствии повторных юридических обвинений некоторые правонарушители откажутся проходить лечение. Противники же такого лече-

ния говорят, что насильственное лечение, навязанное судом, может вызвать сопротивление со стороны правонарушителей, и что добровольное участие обвиняемых полезнее для успешного лечения.

Меры на уровне общин

Такие меры часто фокусируются на избранных группах населения или на тех или иных учреждениях, например школах. Они могут быть также проведены в более широком масштабе — в ряде сегментов населения, например, или даже во всей общине — с привлечением специалистов многих секторов деятельности.

Школьные программы

Школьные программы по предупреждению сексуального насилия над детьми являются одной из наиболее широко применяемых превентивных стратегий; они были включены в школьные планы в нескольких странах. В Ирландии, например, превентивная программа «Оставайся в безопасности» сейчас внедрена почти во всех начальных школах при полной поддержке со стороны министерства образования и религиозных лидеров (146).

Эти программы разработаны для того, чтобы научить детей распознавать угрожающие ситуации и самим защищаться от жестокого обращения. В основе программ лежит идея показать детям, что они «владельцы» своего тела и могут контролировать доступ к нему, а также что существуют разные виды физического контакта. Детей обучают, как ответить взрослому, если он просит их сделать что-нибудь, что они считают неудобным. Школьные программы различаются по содержанию и по способу подачи материала. Многие привлекают к занятиям также родителей и воспитателей.

Хотя исследователи согласны с тем, что дети могут приобретать знания и навыки, чтобы защитить себя от жестокого обращения, остается вопрос, сохраняются ли эти навыки надолго и могут ли они действительно защитить ребенка, если он столкнется с жестоким обращением, в частности со стороны человека, который ему хорошо известен и которому он доверяет. По оценкам вышеупомянутой ирландской программы «Оставайся в безопасности» дети, участвовавшие в программе, продемонстрировали значительное улучшение знаний и

навыков (146); при этом навыки сохранялись еще через 3 месяца.

Недавно был проведен мета-анализ (147), который показал, что программы по предупреждению насилия весьма эффективны при обучении детей идеям и навыкам, связанным с защитой от сексуального насилия. Авторы также обнаружили, что запоминание этой информации было удовлетворительным. Однако они сделали вывод, что окончательное доказательство эффективности этих программ требует демонстрации того, что приобретенные навыки успешно используются в реальных жизненных ситуациях.

Кампании по предупреждению насилия и по образованию в этой области

Такие кампании — широко распространенные в последнее время — являются еще одним способом уменьшения жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними. Они основаны на предположении, что увеличение осведомленности и сознательности всего населения в этом вопросе снизит уровень злоупотреблений. Это может произойти прямо, когда виновники сами признают свое поведение насильственным и неверным и обратятся за помощью; или косвенно, если увеличится распознавание случаев жестокого обращения, и сообщать о них будут сами жертвы или третьи лица.

В 1991–1992 г. в Нидерландах прошла кампания в средствах массовой информации (148, 149). Ее цель заключалась в том, чтобы выявить жестокое обращение с детьми как с помощью самих жертв, так и тех, кто находится в тесном контакте с ними, например учителей. Кампания включала телевизионные документальные и короткометражные фильмы, рекламу, радиопрограмму и печатные материалы (плакаты, афиши, буклеты и газетные статьи). Были проведены региональные тренинги для учителей. Оценивая эту кампанию, Хофнагелс и Баартман (149) сделали вывод, что она повысила уровень раскрытия случаев насилия, так как увеличилось количество телефонных звонков в «Национальную службу ребенка» по сравнению с тем, что было до кампании. Однако вопрос о том, как влияет повышение уровня раскрываемости на уменьшение или увеличение жестокого обращения с детьми и на психическое здоровье жертв, нуждается в дальнейшем изучении.

ВСТАВКА 3.3**Предупреждение жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними в Кении**

В 1996 г. в Кении было создано объединение с целью повысить осведомленность общества о жестоком обращении с детьми и улучшить предоставление услуг жертвам насилия. Ранее обследование четырех районов Кении продемонстрировало, что жестокое обращение с детьми и отсутствие ухода за ними широко распространено в стране, а никаких организованных систем реагирования не существует. Членами объединения первоначально были сотрудники ключевых правительственных министерств и неправительственных организаций, занимающихся программами на уровне общин. Позднее к ним присоединились представители частного сектора, полиции, правоохранительных органов и главных больниц.

Все члены объединения прошли тренинг в отношении жестокого обращения и отсутствия ухода за ребенком. Были созданы три рабочие группы: одна, чтобы заниматься тренингами, другая — для юридической работы, и третья — для защиты детей. Каждая группа сотрудничала с соответствующими правительственным и неправительственным органами. Рабочая группа по тренингу, например, работала в союзе с министерствами образования, здравоохранения, внутренних дел и труда, организуя семинары для школьного персонала, работников здравоохранения, юристов, социальных работников и полиции. Группа правовой защиты сотрудничала с министерством информации и радиовещания и различными неправительственными организациями, создавая радио- и телепрограммы, а также работала в союзе с прессой в сельской местности.

Важно, что самих детей стали привлекать к проекту, проводя театральные и музыкальные конкурсы и конкурсы сочинений. Первоначально их проводили на местном уровне, а впоследствии на районном, провинциальном и национальном уровнях. Такие конкурсы теперь проводятся регулярно в школьной системе Кении.

Объединение также работало над улучшением системы сообщений о случаях жестокого обращения с детьми и контроля над ними. Оно помогало детскому отделу министерства внутренних дел в формировании соответствующей базы данных и создании сети правовой защиты детей, подвергшихся жестокому обращению («Сеть юридической помощи детям»). В 1998 и 1999 г. объединение провело региональные и национальные конференции, чтобы объединить исследователей и практиков в этой сфере.

В результате всех этих мер большее число кенийцев теперь осведомлено о проблеме жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них. Была также внедрена система реагирования на нужды пострадавших детей и семей.

Вмешательства, призванные изменить отношение общины к насилию и ее поведение

Другой подход к предупреждению жестокого обращения с ребенком — разработка скоординированных мер по изменению поведения общины и ее отношения к насилию, которые были бы эффективны в нескольких секторах деятельности. Один из примеров такой программы — всестороннее реагирование на жестокое обращение с детьми и

отсутствие ухода за ними в Кении (см. вставку 3.3).

В Зимбабве Центр по тренингам и поддержке исследований принял многосекторную программу, посвященную борьбе с сексуальным насилием над детьми (8). Центр создал группу из представителей общества, включая профессионалов, из городских и сельских районов страны. В этой группе проводились ролевые игры и обсуждения, просматривались спектакли и картины; при этом преследовалась цель выявить, как воспринимается

сексуальное насилие над ребенком и что можно сделать для того, чтобы предупредить и решить эту проблему.

После этого группа участников создала и внедрила две программы действий. Первая — школьная программа, разработанная в сотрудничестве с министерствами культуры и образования — предусматривала тренинг для школьных психологов, учителей, административного персонала и детей, создание и разработку материалов. Вторая — юридическая программа, разработанная совместно с министерством юстиции, запланированная для медсестер, работников негосударственных организаций, полиции и других силовых ведомств. Она предусматривала тренинги по темам, как справляться с виновниками сексуального насилия над детьми, а также как создать доброжелательное отношение к ранимым жертвам насилия в судах. Были также разработаны руководства о том, как сообщать о случаях насилия над детьми.

Меры на уровне общества Национальная политика и программы

Большинство превентивных методов защиты детей фокусируется на жертвах и виновниках насилия, почти не обращаясь к корням проблемы. Однако можно полагать, что при успешном решении проблемы бедности, улучшении уровня образования, увеличении возможностей для найма на работу, повышении доступности и качества услуг по уходу за детьми количество случаев жестокого обращения с ними может быть значительно снижено. Исследования в нескольких странах Западной Европы, а также в Канаде, Колумбии и в Азиатско-Тихоокеанском регионе показывают, что высококачественные программы, охватывающие детей младшего возраста, могут компенсировать социальное и экономическое неравенство и улучшить успехи детей (150). Однако непосредственных свидетельств того, что такие программы снижают уровень жестокого обращения с детьми, нет. При анализе результатов этих программ обычно оценивают развитие ребенка и школьные достижения.

Другие меры, которые косвенно могут повлиять на уровень жестокого обращения с детьми — это те, которые связаны с репродуктивным здоровьем. Предполагается, что либеральная политика в области репродуктивного здоровья дает возможность людям лучше контролировать размер своей семьи и что это, в свою очередь, приносит пользу женщи-

нам и детям. Такая политика предусматривает, например, большую гибкость в отношении работающих матерей и помощь по уходу за детьми.

Природа и размах таких мер, однако, также важны. Некоторые исследователи утверждают, что стратегии, ограничивающие размер семьи (например, политика «один ребенок» в Китае), снизили показатели жестокого обращения (151). А другие указывают на возросшее число брошенных девочек в Китае как доказательство того, что эти стратегии могут на самом деле увеличить количество случаев жестокого обращения.

Международные договоры

Генеральная Ассамблея ООН в ноябре 1989 г. приняла Конвенцию о правах ребенка. Ведущий принцип Конвенции заключается в том, что дети — это личности, имеющие те же права, что и взрослые. Поскольку дети зависят от взрослых, их мнение редко принимают во внимание, когда правительства разрабатывают стратегии. В то же время дети часто являются наиболее ранимой группой в том, что касается финансируемых правительством программ, связанных со средой обитания, жилищными условиями, здравоохранением и питанием. Конвенция о правах ребенка устанавливает четкие стандарты и обязанности по защите детей для всех подписавших ее наций.

Конвенция о правах ребенка — одна из самых широко ратифицированных международных конвенций. Ее влияние на защиту детей от жестокого обращения и отсутствия ухода полностью еще не осознано (см. вставку 3.4).

Рекомендации

Существует несколько основных областей деятельности, к которым должны обратиться правительства, исследователи, работники социальных органов, здравоохранения, образования, правоохранительных органов, неправительственных организаций и других групп с целью предупреждения жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними.

Улучшение оценки и мониторинга случаев насилия над детьми

Правительства должны отслеживать случаи жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними, а также ущерб, который они приносят. Такой мониторинг может включать сбор сообщений о случа-

ях насилия, составление периодических обзоров или применение других методов. Помощь в мониторинге должны оказывать академические учреждения, система здравоохранения и неправительственные организации. Поскольку во многих странах профессионалы не прошли тренингов по этому вопросу, а правительственные программы обычно отсутствуют, опора на официальные сообщения вероятно будет недостаточной для повышения обеспокоенности общества насилием над детьми и отсутствием ухода за ними. В таком случае необходимо проводить периодические опросы населения.

Улучшение системы реагирования

Необходимо, чтобы система реагирования на жестокое обращение и отсутствие ухода за ребенком была эффективна и к ней всегда можно было обратиться. На Филиппинах, например, частные и государственные больницы обеспечивают быстрое реагирование на жестокое обращение с ребенком, которое затем рассматривается правоохранительными органами (152). Очевидно, что дети должны получать помощь на всех стадиях. Расследование случаев насилия, врачебная оценка, медицинская (в том числе психиатрическая) помощь, семейное и юридическое вмешательство — все это необходимо для полной безопасности детей и семей. В странах, где существует традиция организации частных обществ помощи детям, которые оказывают такие услуги, возможно, понадобится контролировать только уход за детьми. Важно, чтобы государство гарантировало качество и доступность этих услуг и само оказывало их, если нет соответствующих частных учреждений.

Разработка стратегии

Правительства должны помогать местным учреждениям. Новые стратегии могут быть необходимы для того, чтобы:

- гарантировать наличие хорошо обученного персонала;
- разрабатывать системы реагирования с использованием многих отраслей деятельности;
- обеспечивать альтернативный уход за детьми (вне семьи);
- обеспечивать доступ к медицинским ресурсам;
- оказывать финансовую и иную помощь семьям.

Важная область политики, которую нужно разрабатывать — это улучшение способов обращения правоохранительных органов с детьми — жертвами жестокого обращения и отсутствия ухода. Некоторые страны вкладывают средства в создание и совершенствование судов для малолетних, стараются ограничить случаи, когда дети обязаны давать показания в суде, и обеспечивают присутствие при этом людей, поддерживающих ребенка.

Улучшение данных

Отсутствие надежных данных о степени и последствиях жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними сдерживают надлежащее реагирование на эту проблему во многих странах мира. Без хороших местных данных также трудно добиться озабоченности общества проблемой жестокого обращения с детьми и провести экспертизу этой проблемы силами работников здравоохранения, юридических и социальных служб. Хотя необходимо систематически исследовать жестокое обращение с детьми в каждой стране, исследователям нужно поощрять применять методы, уже успешно используемые в других местах с тем, чтобы можно было провести перекрестные культурные сравнения и найти причины различий между странами.

Увеличение исследований

Меры наказания

Необходимо больше исследовать определения приемлемых дисциплинарных мер, которые используются в различных культурах. Это поможет всем странам разработать действенное определение плохого обращения с ребенком и учесть культурные особенности каждой страны. Культурные традиции могут лежать в основе некоторых необычных видов жестокого обращения с детьми, о которых сообщалось в медицинской литературе (153). Некоторые из упомянутых выше данных заставляют предположить, что существует большее, чем думали раньше, согласие разных культур относительно того, какие меры наказания считать неприемлемыми и дурными. Необходимо, однако, изучить, можно ли также достичь согласия относительно очень грубых наказаний.

Отсутствие ухода

Существует также огромная потребность в большем исследовании проблемы отсутствия ухода за

ВСТАВКА 3.4**Конвенция о правах ребенка**

Конвенция о правах ребенка требует уважения прав человека применительно к детям. В частности, статья 19 призывает к законодательным, административным, социальным и образовательным действиям для защиты детей от всех форм насилия, включая жестокое обращение и отсутствие ухода.

Однако трудно оценить точное влияние Конвенции на уровень жестокого обращения с детьми. Большинство стран включает защиту детей от насилия в семейное законодательство, затрудняя получение подробной информации о прогрессе, которого достигли те, кто подписал Конвенцию, в вопросе предупреждения жестокого обращения с детьми. Более того, не было проведено ни одного глобального исследования, которое бы специально определило влияние Конвенции на предотвращение жестокого обращения.

Как бы то ни было, Конвенция стимулировала законодательную реформу и создание специальных, определенных законом, органов для рассмотрения вопросов, касающихся детей. В Латинской Америке, которая стала пионером в глобальном процессе ратификации Конвенции и реформировании законодательства, национальные парламенты приняли законы о том, что дети должны быть защищены от таких ситуаций риска, как отсутствие ухода, насилие и эксплуатация. Включение Конвенции в национальное законодательство привело к официальному признанию ключевой роли семьи в уходе за ребенком и его развитии. Это привело к тому, что помещение детей, подвергшихся плохому обращению, в приюты заменяется мерами по поддержке семьи и удалением из семьи виновников жестокого обращения.

Польша - одна из европейских стран, включивших условия Конвенции в свое внутреннее законодательство. Органы местного самоуправления в этой стране теперь ответственны за предоставление социальной, психиатрической и юридической помощи детям. В Африке Гана внесла изменение в свой уголовный кодекс, ужесточила наказания за изнасилование детей и сексуальные домогательства и лишила виновников таких действий права выбирать в качестве наказания штраф. Правительство этой страны также провело образовательные кампании по вопросам, связанным с правами детей, включая жестокое обращение с ними.

Однако лишь немногие страны имеют положения закона, охватывающие все формы насилия над детьми. Более того, отсутствие координации между различными министерствами и властями на национальном и местном уровне, а также другие факторы часто приводят к тому, что ратифицированные меры выполняются лишь частично. В Эквадоре, например, создан национальный орган по защите несовершеннолетних, но чтобы этот орган мог выполнять свои задачи, необходимо провести сначала реформу системы защиты детей. В Гане, в отсутствие средств для распространения информации и обеспечения необходимого тренинга, законодательная реформа имела лишь ограниченный эффект.

Неправительственные организации много сделали для защиты прав детей и провели кампании, чтобы поддержать Конвенцию. Органы по защите детей в ряде стран, включая Гамбию, Пакистан и Перу используют Конвенцию, чтобы требовать от государства вкладывать больше средств в защиту детей и увеличивать правительственное и неправительственное вмешательство в предотвращение жестокого обращения с детьми. В Пакистане, например, в провинции Северо-Западная Граница работает Объединение за права детей, которое обучает активистов общины тому, как защищать права детей, и выполняет исследования по проблеме жестокого обращения с детьми. Применяя свои собственные данные и юридические положения Конвенции, оно пытается заставить другие общинные организации быть более восприимчивыми к вопросу жестокого обращения с детьми.

Нужно, чтобы большее число стран включали права детей в свои социальные стратегии и предписывали своим правительственным учреждениям защищать эти права. Необходимы также специальные данные о насилии над детьми и о принятых в связи с этим мерах, чтобы можно было контролировать существующие программы и эффективно внедрять новые.

детьми. Поскольку проблема отсутствия ухода тесно связана с низким уровнем образования и низкими доходами, важно найти способ, как отличать отсутствие заботы родителей от лишений по причине бедности.

Факторы риска

Многие факторы риска, по-видимому, действуют сходным образом во всех обществах, и тем не менее есть некоторые, зависящие, вероятно, от культуры. В то время как существует тесная связь между риском жестокого обращения и возрастом ребенка, пиковые уровни физического жестокого обращения с детьми встречаются в разном возрасте в разных странах. Это явление требует дальнейшего исследования. В частности, необходимо узнать больше о том, какого поведения ожидают родители от детей в разных культурах, а также какую роль играют характеристики ребенка в появлении насилия.

Исследования требуют и другие факторы, которые считаются факторами риска или защитными факторами: стресс, социальный «капитал», социальная поддержка, домашнее насилие и злоупотребление веществами.

Также необходимо углубленное изучение того, как более широкие социальные, культурные и экономические факторы влияют на семейную жизнь. Как полагают, они взаимодействуют с индивидуальными и семейными факторами и формируют насильственные модели поведения. Большинство из них не принимается во внимание при изучении плохого обращения с детьми.

Документация эффективного реагирования

Лишь несколько исследований были проведены по вопросу эффективности реагирования на насилие над детьми и отсутствие заботы. Таким образом, и в развитых и в развивающихся странах существует острая необходимость строгой оценки описанных выше типов превентивного реагирования. Должны быть оценены с точки зрения способности предупреждать насилие и другие существующие методы вмешательства, например выплата денег для поддержки ребенка, оплата отцовского или материнского отпуска и программы по раннему детству. Наконец, следует создавать и опробовать новые подходы, особенно те, которые фокусируются на первичном предупреждении.

Улучшение образования специалистов

На профессионалах в области здоровья и образования лежит особая ответственность. Исследователи, работающие в сферах медицины и охраны здоровья, должны уметь планировать и проводить исследования в области плохого обращения с детьми. Учебные планы врачей и медсестер, студентов, изучающих социальные науки, и учителей должны включать изучение жестокого обращения с детьми и работу с различными организациями для реагирования на эту проблему. Ведущие специалисты этих областях должны проводить активную работу, чтобы привлечь всевозможные ресурсы для надлежащего исполнения таких планов.

Заключение

Жестокое обращение с детьми является серьезной глобальной проблемой, связанной со здоровьем. Хотя большинство исследований по ней было проведено в развитых странах, имеются убедительные доказательства того, что это явление широко распространено во всем мире.

Многое можно и нужно сделать для решения этой проблемы. Во многих странах общественность и специалисты здравоохранения еще недостаточно осознают ее серьезность. Причем осознание этой проблемы, хотя оно и необходимо для эффективного предупреждения, является только частью решения. Меры по предупреждению должны быть направлены непосредственно на детей, их воспитателей и среду, в которой они живут, чтобы исключить возможное жестокое обращение и отсутствие ухода и эффективно реагировать на случаи, которые уже произошли. Здесь требуется координация усилий целого ряда секторов, а исследователи в области здравоохранения и практикующие врачи могут сыграть ключевую роль, руководя процессом и облегчая его.

Библиография

1. Ten Bessel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. В книге: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17-24.

3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance. В книге: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6-11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67-77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75-88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. В книге: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119-135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249-270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23-33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259-268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265-277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959-973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467-516.
19. Reese RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517-543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543-1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233-247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7-14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47-80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multi-centre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75-87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168-177.
26. Nahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169-179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557-1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. [The problems of sexually abused children in Africa, or the imbroglio of a twin paradox: the example of Cameroon.] *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109-121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279-290.

31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667-675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275-1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493-498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837-847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355-1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129-139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489-498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839-853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435-447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163-1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157-161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381-391.
44. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823-832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409-417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31-53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257-267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70: 688-692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troeme NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320-335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339-362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629-635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219-239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579-1589.
61. *Equality, development and peace*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.

62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380-384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647-653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077-1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823-832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621-626.
67. Klevens J, Bayon MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323-332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463-465.
69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999:57-86.
71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54-69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33-41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481-1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the «Children of the Nineties»: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177-1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150-157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047-1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. [Family relations and child abuse.] Santiago, United Nations Children's Fund, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. В книге: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197-208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814-819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3-28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12-18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907-920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218-226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79-90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262-1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019-1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311-346.

93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509-1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. London, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. London, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549-557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365-1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107-116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652-1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.
101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397-1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123-156.
103. Wattam C, Woodward C. «... And do I abuse my children? No!» Learning about prevention from people who have experienced child abuse. В книге: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65-78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637-643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1-223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451-1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40-47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271-283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. В книге: Whittaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. New York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31-64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127-1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273-278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159-169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461-1470.
116. *Child maltreatment*. Washington, DC, American Medical Association, updated periodically (доступен в Интернете на <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>).
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186-191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63-69.

119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105-108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Sante Publique*, 1998, 10:305-310.
121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548-553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207-286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23-45.
124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481-491.
125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331-336.
126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463-473.
127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34-39.
128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408-1423.
129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218-228.
130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468-473.
131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156-175.
132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122-132.
133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745-758.
134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. В книге: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193-216.
135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356-380.
136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295-306.
137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089-3096.
138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1-12.
139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781-1787.
140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? В книге: Gilbert N, ed. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:192-211.
141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172-3175.
142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414-419.
143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457-464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431-1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307-1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school

- programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975-987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091-1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557-573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94-114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685-1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. В книге: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453-466.