

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ  
И НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

МЕТОДИКА

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ

15 октября 1999 г.

№ 18

(Д)

УТВЕРЖДАЮ

Председатель  
Комитета здравоохранения  
А.П. Сельцовский  
15 октября 1999 года

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС  
Комитета здравоохранения  
Л.Г. Костомарова  
12 октября 1999 года

Главный педиатр  
Комитета здравоохранения  
А.Г. Румянцев  
4 октября 1999 года

Учреждение-разработчик: Психолого-медико-социальный центр для детей, подвергшихся жестокому обращению и насилию "ОЗОН" Центрального окружного управления Московского комитета образования; НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН; Комитет здравоохранения г. Москвы.

Составители: д.м.н. профессор Т.Я. Сафронова, к.м.н. Л.П. Чичерин, В.В. Прошин, к.м.н. Е.И. Цымбал.

Рецензент: д.м.н. профессор И.П. Брызгунов.

Предназначение: для руководителей и специалистов органов и учреждений социальной сферы: здравоохранения, образования, социальной защиты населения, внутренних дел и других, а также педиатров, врачей-терапевтов подростковых, психологов, медицинских психологов, криконсультантов, социальных работников, педагогов, преподавателей профильных учебных заведений.

В условиях экономических, политических и социальных изменений в стране, обусловивших ухудшение качества жизни, снижение жизненного уровня населения, социальную напряженность, дети и подростки становятся одной из наиболее социально уязвимых групп.

Неблагоприятные демографические процессы в обществе сопровождаются ухудшением состояния здоровья детей и подростков, что находит отражение в ежегодных государственных докладах "О состоянии здоровья населения в Российской Федерации", "О положении детей в Российской Федерации" и др. Особую тревогу вызывает снижение рождаемости, высокие показатели младенческой и детской смертности. Так, если травмы и отравления среди причин общей заболеваемости детей и подростков занимают 4-5-е место, то в структуре причин смертности детей в возрасте 0-4 года они входят на второе, а в возрастных группах 5-9, 10-14 и 15-19 лет на твердое первое место.

Согласно материалам Детского фонда ООН/ЮНИСЕФ ("Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды". Исследование положения в странах с переходной экономикой. Региональный мониторинговый доклад Детского фонда ООН. - Флоренция, 1997) при

сравнении коэффициентов самоубийств в возрастной группе 5-19 лет в России он оказался самым высоким среди стран - 7,0 на 100 тысяч соответствующего населения, в Беларуси - 5,0; Польше - 4,0; Словакии - 3,0; Румынии - 2,2.

По данным сравнительного анализа, проведенного Федеральным суицидологическим центром, в сложившейся социально-экономической обстановке претерпели изменение мотивы самоубийств. Если в 80-е годы основные причины покушения на самоубийство находились в области семейной жизни, то в 90-е годы решающее значение приобрели снижение уровня жизни, алкоголизация населения, рост безработицы, преступности (Б.П. Бруй и соавт., 1999).

Это в полной мере коррелирует с наблюдающимся в кризисных условиях развития общества изменением ценностных ориентаций человека, явное ослабление института семьи. Достаточно сказать, что если, по материалам НИИ им. Н.А. Семашко РАМН (Е.П. Какорина, 1999), в 1991 г. ведущие места в структуре жизненных ценностей граждан России занимали семья (83,6%) и дети (73,3%), то уже через 6 лет на их долю пришлось лишь 50,8 и 47,4% соответственно, уступив при этом первые места таким понятиям, как "здоровье" (78,2%) и "материальное благополучие" (51,4%).

Отрицательно сказывается на здоровье детей и подростков воздействие личностных факторов риска, которые, ослабляя организм, значительно усиливая вероятность возникновения патологии и переход ее в хроническую стадию, в то же время предъявляют в последние годы повышенные требования к учреждениям первичной медико-санитарной помощи и, в первую очередь, детским поликлиникам. Речь идет о "рисковых" или, как их все чаще называют в литературе, "саморазрушающих" формах поведения современных молодых людей, один только перечень которых весьма внушителен:

- смена идеалов, падение нравственности, морали;
- ориентация, начиная с детского возраста, на иждивенчество, потребительство, корысть, наживу, паразитизм;
- употребление алкоголя;
- табакокурение;
- наркомания;
- токсикомания;
- ранняя сексуальная активность (и ее последствия);
- жестокое обращение с детьми, жестокость детей;
- синдром одиночества, ощущение ненужности, суициды;
- безнадзорность, бродяжничество, жизнь в притонах ("дети улиц");
- правонарушения несовершеннолетних и другие.

Естественно, что все они взаимосвязаны, не говоря уже о таком пока малоизученном явлении, как их имеющая место сочетанность у одного и того же индивида.

Вопросы жестокого обращения с детьми в настоящее время становятся глобальной проблемой, что было подчеркнуто и участниками специально организованного международного форума с участием представителя от России (проф. Т.Я. Сафоновой) - первого совещания ВОЗ по стратегиям в области защиты ребенка (Италия, октябрь 1998 г.). Отмечено, в частности, что сегодня в Европе дети все меньше ценятся как работники, опора для родителей в старости или как будущие защитники, в то время как возрастает их роль в удовлетворении эмоциональных потребностей родителей в любви и в осознании последними своей силы. Общество же расценивает подрастающее поколение лишь в качестве потребителей.

Можно с достаточной степенью уверенности предположить, что ухудшение психического здоровья под воздействием переживаемых трудностей - социальной нестабильности общества, неуверенности в завтрашнем дне, влиянием стрессогенных ситуаций в условиях кризисных явлений в государстве, ослаблением института семьи и других факторов не может не отразиться на прежде всего психическом здоровье подрастающего поколения, зачастую оказывающегося один на один с фактами жестокости и насилия над ним со стороны взрослых.

Научными исследованиями, практикой показано, что любая форма насилия, как правило, наносит ощутимый вред здоровью ребенка, нередко

являясь причиной смерти детей, провоцируя их на самоубийство или попытку суицида.

Представляемые материалы подготовлены на основании практического опыта, накопленного Психолого-медико-социальным центром "ОЗОН", и по результатам исследований в области организационных и медико-социальных аспектов охраны детства, выполняемых НИИ им. Н.А. Семашко РАМН.

#### Правовая база проблемы жестокого обращения с ребенком

Государственная политика в интересах детей всегда являлась приоритетной областью деятельности органов государственной власти в стране, будучи основанной на таких ведущих принципах, как законодательное обеспечение прав ребенка; государственная поддержка семьи в целях обеспечения полноценного воспитания детей, защиты их прав, подготовки их к полноценной жизни в обществе; ответственность должностных лиц, граждан за нарушение прав и законных интересов ребенка, причинение ему вреда и т.п.

В 90-е годы в Российской Федерации стала формироваться государственная социальная политика в отношении детей. Мощным толчком интенсификации этого процесса стала ратификация в 1990 году Конвенции ООН о правах ребенка как главного международного документа по защите интересов детства.

В нашей стране основные положения Конвенции получили подтверждение в Национальном плане действий в интересах детей, утвержденном в 1995 г.

Меры по защите прав ребенка значительно расширились в связи с принятием новых документов - Гражданского кодекса (1994), Семейного кодекса Российской Федерации (1995), Уголовного кодекса Российской Федерации (1996). Действует президентская программа "Дети России" на 1998-2000 гг., реализуется включенная в нее федеральная целевая программа "Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" и другие документы.

Главным актом признания государством своих обязательств перед детьми стало принятие Федерального закона "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (1998), устанавливающего основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией Российской Федерации. Документом ребенок определен как лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия).

Законом впервые введено понятие "дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации". К ним отнесены и такие дети, как жертвы насилия; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Всемирной Медицинской Ассамблеей в 1984 г. принято и дополнено в 1992 г. Заявление о пренебрежении родительским долгом и о жестоком обращении с детьми. Если понятие жестокого обращения с детьми подразумевает физическую, сексуальную или эмоциональную жестокость, то пренебрежение родительским долгом - неспособность родителей или других людей, несущих по закону ответственность за ребенка, обеспечить удовлетворение его нужд и адекватный уход за ним.

Государственная и ведомственная статистика, материалы специальных исследований, анализ обращаемости детей, подростков, родственников в службу экстренной психологической помощи (на "телефон доверия") и другие данные свидетельствуют о высокой, особенно в последние годы, потребности подрастающего поколения в защите их законных прав и интересов, оказании медико-социальной, психологической, правовой, педагогической и иных видов помощи и поддержки. В этом плане не может не вызывать беспокойства государственных институтов, соответствующих ведомств социальной сферы, общественности и прогноз специалистов: уже в ближайшие годы продолжится интенсивный рост числа больных с психосоматическими и реактивными расстройствами, алкоголизмом и наркоманиями (Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1997 году).

В условиях социально-экономического кризиса, роста социальной

напряженности в обществе, усугубления стрессовых и иных ситуаций проблема профилактики и борьбы с жестоким обращением с ребенком выходит на первый план в качестве одного из приоритетных направлений деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи, межведомственных профилактических программ для детско-подросткового контингента.

По данным проведенного НИИ им. Н.А. Семашко РАМН социологического опроса, около 63%, или 2/3 опрошенных, считают необходимым принятие специального закона об ответственности родителей за здоровье и жизнь своих детей. Предлагается также законодательно закрепить ответственность родителей за распространение инфекций по причине несоблюдения наложенного медицинскими работниками карантина и др. Однако подобные высказывания руководителей педиатрических учреждений свидетельствуют об их недостаточном знакомстве с действующим законодательством. Так, согласно статье 63 Семейного кодекса Российской Федерации "родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей, они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей".

#### Характеристика основных форм жестокого обращения с детьми

Практические работники органов здравоохранения, образования, социальной защиты населения в целях принятия в своей повседневной деятельности адекватных эффективных мер защиты прав ребенка должны иметь представление о наиболее часто встречающихся формах насилия над ребенком, диагностических признаках, реальных путях предотвращения насилия в отношении детей и, в конечном счете, содействовать своими практическими действиями укреплению института семьи.

В соответствии со вступившей в силу на территории Российской Федерации с 1 января 1999 г. Международной (десятого пересмотра) статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), в класс XIX "Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин смертности", который позволяет систематизировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия, под рубрикой "Т74" включен синдром жестокого обращения. Он включает в себя такие состояния, как:

- физическая жестокость, в т.ч. побои (синдром истязания младенца или ребенка);
- психологическая жестокость;
- сексуальная жестокость;
- оставление без внимания или заброшенность;
- другие синдромы жестокого обращения, а также синдром неуточненного жестокого обращения, в т.ч. с ребенком.

#### 1. Физическое насилие

Физическое насилие - это преднамеренное нанесение травм и/или повреждений ребенку, которые вызывают серьезные (требующие медицинской помощи) нарушения физического, психического здоровья, отставание в развитии.

К нему относится также вовлечение ребенка в употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ.

Физическое насилие над ребенком могут совершать родители, лица, их заменяющие, или другие взрослые.

Чаще всего это происходит в семьях, где:

- убеждены, что физическое наказание является методом выбора для воспитания детей;
- родители (или один из них) являются алкоголиками, наркоманами, токсикоманами;
- родители (или один из них) имеют психические заболевания;
- нарушен эмоционально-психологический климат (частые ссоры, скандалы, отсутствие уважения друг к другу);
- родители находятся в состоянии стресса в связи со смертью

близких, болезнью, потерей работы, экономическим кризисом и др.;

- родители предъявляют чрезмерные требования к детям, не соответствующие их возрасту и уровню развития;
- дети имеют особенности: недоношенность в анамнезе, наличие соматических или психических заболеваний; они гиперактивны, неусидчивы.

Распознавание факта физического насилия над ребенком.

Характер повреждений:

- синяки, ссадины, раны, следы от ударов ремнем, укусов, прижигания горячими предметами, сигаретами, располагающиеся на лице, теле, конечностях;
- ожоги горячими жидкостями кистей и ног в виде перчатки или носка (от погружения в горячую воду), а также на ягодицах;
- повреждения и переломы костей, припухлость и болезненность суставов;
- выбитые и расшатанные зубы, разрывы или порезы во рту, на губах;
- участки облысения, кровоподтеки на голове;
- повреждения внутренних органов;
- "синдром сотрясения" у грудных детей.

На случайный характер травм указывает:

- множественность повреждений, различная степень давности (свежие и заживающие), специфический характер (отпечатки пальцев, предметов);
- несоответствие характера повреждений и объяснений, которые дают взрослые;
- наличие других признаков жестокого обращения (отставание в развитии, санитарно-гигиеническая запущенность);
- появление травм после выходных и праздничных дней.

Особенности поведения:

Возраст до 3 лет: боязнь родителей или взрослых: редкие проявления радости, плаксивость; реакция испуга на плач других детей; плохо развитые навыки общения; крайности в поведении - от агрессивности до полной безучастности.

Возраст от 3 до 7 лет: заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость; пассивная реакция на боль; негативизм, агрессивность; жестокость по отношению к животным; лживость, воровство; отставание речевого развития.

Младший школьный возраст: стремление скрыть причину повреждений и травм; боязнь идти домой после школы; одиночество, отсутствие друзей; плохая успеваемость, неспособность сосредоточиться; агрессивность.

Подростковый возраст: побеги из дома; употребление алкоголя, наркотиков; попытки самоубийства; криминальное или антиобщественное поведение.

Основными особенностями поведения родителей или опекунов, если они избивают детей, являются:

- противоречивые, путанные объяснения причин травм у детей;
- обвинение в травмах самого ребенка;
- позднее обращение или необращение за медицинской помощью;
- отсутствие эмоциональной поддержки и ласки в обращении с ребенком;
- неспровоцированная агрессия по отношению к персоналу;
- большее внимание собственным проблемам, нежели имеющимся у ребенка повреждениям.

## 2. Пренебрежение основными нуждами ребенка (моральная жестокость)

Пренебрежение основными нуждами ребенка (моральная жестокость) - это отсутствие со стороны родителей или лиц, их заменяющих, элементарной заботы о нем, а также недобросовестное выполнение обязанностей по воспитанию ребенка, в результате чего его здоровье и развитие нарушаются.

Причинами неудовлетворения основных потребностей ребенка могут служить:

- отсутствие соответствующего возрасту и потребностям ребенка питания, одежды, жилья, образования, медицинской помощи;
- отсутствие заботы и присмотра за ребенком;
- отсутствие внимания и любви к ребенку и др.

Чаще всего пренебрегают основными нуждами детей родители или лица, их заменяющие: алкоголики, наркоманы; лица с психическими расстройствами; юные родители, не имеющие опыта и навыков родительства; с низким социально-экономическим уровнем жизни; имеющие хронические заболевания, инвалидность, умственную отсталость; перенесшие жестокое обращение в детстве; социально изолированные.

Последствия моральной жестокости у детей.

Внешние проявления:

- утомленный сонный вид, бледное лицо, опухшие веки;
- у грудных детей обезвоженность, опрелости, сыпи;
- одежда неряшливая, не соответствует сезону и размеру ребенка;
- нечистоплотность, несвежий запах.

Физические признаки:

- отставание в весе и росте от сверстников;
- педикулез, чесотка;
- частые "несчастные случаи", гнойные и хронические инфекционные

заболевания;

- запущенный кариес;
- отсутствие надлежащих прививок;
- задержка речевого и психического развития.

Особенности поведения:

- постоянный голод и жажда: может красть пищу, рыться в отбросах и т.п.;

- неумение играть;
- постоянный поиск внимания/участия;
- частые пропуски школьных занятий;
- крайности поведения: инфантилен или принимает роль взрослого и ведет себя в "псевдовзрослой" манере; агрессивен или замкнут, апатичен; гиперактивен или подавлен; неразборчиво дружелюбен или не желает и не умеет общаться;
- склонность к поджогам, жестокость к животным;
- мастурбация, раскачивание, сосание пальцев и пр.

### 3. Эмоциональное (психологическое) насилие

Эмоциональным (психологическим) насилием является однократное или хроническое психическое воздействие на ребенка или его отвержение со стороны родителей и других взрослых, вследствие чего у ребенка нарушаются эмоциональное развитие, поведение и способность к социализации.

Все формы насилия в той или иной степени сопряжены с эмоциональным насилием.

К этой форме жестокого обращения с детьми относятся:

- угрозы в адрес ребенка, проявляющиеся в словесной форме без применения физической силы; оскорбление и унижение его достоинства; открытое неприятие и постоянная критика;

- лишение ребенка необходимой стимуляции, игнорирование его основных нужд в безопасном окружении, родительской любви; предъявление к ребенку чрезмерных требований, не соответствующих его возрасту или возможностям;

- однократное грубое психическое воздействие, вызвавшее у ребенка психическую травму;

- преднамеренная изоляция ребенка, лишение его социальных контактов;

- вовлечение ребенка или поощрение к антисоциальному или деструктивному поведению (алкоголизм, наркомания и др.).

Особенности детей, подвергающихся эмоциональному (психологическому) насилию:

- задержка психического развития;
- невозможность сконцентрироваться, плохая успеваемость;

- низкая самооценка;
- эмоциональные нарушения в виде агрессии, гнева (часто обращенных против самого себя), подавленное состояние;
- избыточная потребность во внимании;
- депрессия, попытки суицида;
- неумение общаться со сверстниками (заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость или агрессивность);
- ложь, воровство, девиантное (или "отклоняющееся", асоциальное) поведение;
- нервно-психические и психосоматические заболевания: неврозы, энурез, тики, расстройства сна, нарушения аппетита, ожирение, кожные заболевания, астма и др.).

Возрастная специфика:

Для детей раннего возраста более характерны расстройства сна, аппетита, беспокойство или апатичность, неумение играть, задержка психоречевого развития, привычка сосать палец.

Для младших школьников - проблемы с обучением, отвержение со стороны сверстников, плохие социальные навыки.

У детей в препубертатном периоде могут наблюдаться уходы из дома, девиантное и/или делинквентное (криминальное) поведение, хроническая неуспеваемость.

В пубертатном периоде - депрессия, растет агрессивность, саморазрушающее поведение, низкая самооценка, психосоматические заболевания.

Группы риска детей по эмоциональному насилию:

- дети от нежеланной беременности, похожие на нелюбимых родственников жены или мужа;
- дети раннего возраста;
- дети-инвалиды, дети с наследственными заболеваниями или другими особенностями;
- дети из семей с деспотичным, авторитарным, контролирующим стилем воспитания и взаимоотношений;
- дети из семей, где внутрисемейное насилие является стилем жизни;
- дети, родители (или один из родителей) которых употребляют алкоголь, наркотики, страдают депрессией;
- дети, в семье которых много социально-экономических и психологических проблем.

Особенности поведения взрослых, совершающих эмоциональное насилие:

- не утешают ребенка, когда тот в этом нуждается;
- публично оскорбляют, бранят, унижают, осмеивают ребенка;
- сравнивают с другими детьми не в его пользу, постоянно сверхкритично относятся к нему;
- обвиняют его во всех своих неудачах, делают из ребенка "козла отпущения" и пр.

#### 4. Сексуальное насилие

Сексуальное насилие или развращение есть вовлечение ребенка с его согласия или без такового в сексуальные действия со взрослыми с целью получения последними сексуального удовлетворения или выгоды. К данному виду насилия относятся:

- половой акт с ребенком, совершенный вагинальным, анальным, оральным способом;
- мануальный, оральный, генитальный или любой другой телесный контакт с половыми органами ребенка, а также ласки эрогенных зон;
- введение предметов во влагалище или анус;
- сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию;
- мастурбация обобщенная, со стороны ребенка или взрослого;
- демонстрация эротических или порнографических материалов с целью сексуальной стимуляции ребенка;
- совершение полового акта в присутствии ребенка;

- демонстрация обнаженных гениталий, груди или ягодиц ребенку (экспозиционизм);

- подглядывание за ребенком во время совершения им интимных процедур (вуайеризм), а также принуждение ребенка к раздеванию.

Согласие ребенка на сексуальный контакт не дает оснований считать его ненасильственным, поскольку ребенок:

- не обладает свободой воли, находясь в зависимости от взрослого;

- может не осознавать значение сексуальных действий в силу функциональной незрелости;

- не в состоянии в полной мере предвидеть все негативные для него последствия этих действий.

Сексуальное насилие чаще всего происходит в семьях, где:

- патриархально-авторитарный уклад;

- плохие взаимоотношения ребенка с родителями, особенно с матерью;

- конфликтные отношения между родителями;

- мать ребенка чрезмерно занята на работе;

- ребенок долгое время жил без родного отца;

- вместо родного отца - отчим или сожитель матери;

- мать имеет хроническое заболевание или инвалидность и подолгу лежит в больнице;

- родители (или один из них) являются алкоголиками, наркоманами, токсикоманами;

- родители (или один из них) имеют психические заболевания;

- мать в детстве подвергалась сексуальному насилию и т.п.

Распознавание сексуального насилия над ребенком.

Характер травм и заболеваний:

- повреждения генитальной, анальной областей, в том числе нарушение целостности девственной плевы;

- "зияние" ануса;

- следы спермы на одежде, коже, в области половых органов, бедер;

- наличие заболевания, передающегося половым путем;

- беременность;

- недержание кала ("пачкание одежды"), энурез;

- нервно-психические расстройства;

- психосоматические расстройства.

Особенности психического состояния и поведения ребенка.

Дети дошкольного возраста: ночные кошмары; страхи; регрессивное поведение (поступки, характерные для более младшего возраста); несвойственные возрасту знания о сексуальном поведении, а также сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками; открытая мастурбация.

Дети младшего возраста: резкое ухудшение успеваемости; невозможность сосредоточиться; несвойственные возрасту знания о половых вопросах, сексуально окрашенное поведение; гнев, агрессивное поведение; ухудшение взаимоотношений со сверстниками и родителями, не являющимися насильниками; деструктивное поведение; мастурбация.

Подростки: депрессия; низкая самооценка; агрессивное, антисоциальное поведение; затруднения с половой идентификацией; сексуализированное поведение; угрозы или попытки самоубийства; употребление алкоголя, наркотиков; проституция, беспорядочные половые связи; уходы из дома; насилие (в том числе сексуальное) по отношению к более слабым.

Как показывает практика, в 80% случаев сексуального насилия над ребенком совершается его родственником или знакомым.

Данная форма насилия из всех его видов, как показывает анализ, известна в гораздо меньшей степени, заслуживая в дополнение к вышесказанному более глубокого рассмотрения для принятия в повседневной практике мер профилактики, выработки настороженности и тактики соответствующего поведения у родителей, самих детей, расширения знаний в данной области соответствующих специалистов, в первую очередь, медицинских и педагогических работников.

Действия родителей по предотвращению сексуального насилия по отношению к ребенку.



Сексуальное насилие является преступлением и встречается во всех слоях общества, причем значительно чаще, чем принято считать. Анонимные опросы показывают, что каждая четвертая девочка и каждый шестой мальчик подвергаются сексуальному насилию до достижения 18 лет. Вовлечение ребенка в сексуальные действия, как правило, происходит постепенно, а не является однократным случайным эпизодом. Оно может тянуться годами. Причем насильник всегда значительно старше, сильнее, и жертва находится в зависимости от него.

Обеспечение безопасности ребенка во многом связано с предостережением его от необдуманных контактов с посторонними людьми, но этого все-таки может оказаться недостаточно, чтобы избежать сексуального насилия: в 85% случаев сексуальное насилие совершает не посторонний, а человек, которого ребенок знает, зависит от него, доверяет ему или даже любит. Тайна окружает сексуальное насилие. Многие жертвы не рассказывают о перенесенном насилии, пока не станут взрослыми, а некоторые из них никогда не раскрывают эту тайну. Рассказать кому-либо о сексуальном насилии трудно для жертвы по многим причинам:

- угрозы со стороны насильника;
- насильник хорошо знаком ребенку или его родственникам, и ребенок может жалеть его;
- жертва может считать себя виновным в насилии;
- ребенок любит насильника или нуждается в нем;
- пострадавший может быть заинтересован в особом внимании, которое ему уделяет насильник;
- ребенок не понимает, что то, что с ним делают - плохо;
- несовершеннолетний может бояться, что ему не поверят.

Почему дети должны знать о сексуальном насилии?

Все дети по характеру доверчивы и открыты. Их учат быть послушными и не задавать вопросы старшим. Дети зависят от взрослых физически и эмоционально, поэтому им приятно внимание любого взрослого. Эти обстоятельства делают их легкой добычей взрослых насильников, которым зачастую не приходится прибегать к прямому насилию, чтобы добиться своей цели: подарков, хитрости, угроз, авторитета и зависимости ребенка оказывается достаточным.

Мы не можем избавить мир от сексуальных насильников, но мы можем уменьшить риск для наших детей стать жертвой сексуального насилия, сделать их более защищенными.

Что дети должны знать, чтобы защитить себя.

Ребенок может избежать беды, если будет знать, что именно ему делать, когда он окажется в опасной ситуации. Твердо сказать "нет", рассказать тому, кто в состоянии реально помочь, - эти навыки, жизненно важные для любого ребенка, следует динамично прививать ему в целях использования в любой ситуации, угрожающей его безопасности.

Если дети хорошо знают, как устроено их тело, понимают, что оно принадлежит только им, то они не позволяют прикасаться к себе никому, кроме тех людей, которые не злоупотребляют их доверием. Даже маленькие дети должны знать правильные названия частей тела, включая половые органы.

Следует отвечать на вопросы детей просто и ясно, используя только те слова, которые они понимают. Ванная комната может быть самым подходящим местом для обучения личной безопасности. При мытье ребенка-дошкольника следует дать ему мыло, чтобы он сам вымыл свои половые органы. Необходимо объяснить, что эта часть тела является интимной, что никто, кроме врача в случае необходимости, не может прикасаться к ней без его согласия, и сам ребенок тоже не должен трогать интимные части тела других людей.

Необходимо научить ребенка:

- доверять своим чувствам, интуиции. Таким образом он сможет распознать возможную опасность и избежать ее;
- уметь различать хорошие, плохие и смущающие прикосновения.

При этом следует объяснить, что:

- хорошие прикосновения всегда приятны, как объятия тех, кого ребенок любит, или как дружеские рукопожатия;

- плохие прикосновения причиняют вред и оставляют неприятные воспоминания, от которых хочется избавиться и которые могут ранить душу;

- смущающие прикосновения приводят в смущение, нарушают покой, вызывают непривычное волнение. Ими могут быть прикосновения, которые начинаются как хорошие, а потом причиняют боль. Например, щекотка, продолжающаяся слишком долго. Или же это могут быть приятные прикосновения, но тех людей, которых ребенок знает недостаточно хорошо, или "тайные" прикосновения, когда кто-то трогает интимные части тела.

Если какие-то прикосновения причиняют боль или смущают его, ребенок должен:

- громко сказать "нет", глядя прямо в глаза тому, кто это делает;
- убежать;
- рассказать обо всем взрослому, которому доверяет.

Ребенку необходимо разъяснить, что, хотя воспитанные дети и должны уважать взрослых, не следует подчиняться каждому взрослому только из-за того, что тот старше и вправе требовать послушания. Иногда это может быть опасно и привести к беде. Личная неприкосновенность является правом каждого человека. Нужно научить ребенка твердо говорить "нет" в случае любого посягательства на его неприкосновенность так же, как его учат закрывать дверь, когда он моется в ванной.

Родители должны поддерживать со своими детьми доверительные отношения.

Для этого необходимо создать такие взаимоотношения в семье, когда ребенок может свободно обсуждать со взрослыми любые проблемы. Важно поддержать право ребенка на отказ обнять или поцеловать взрослого, если он этого не хочет: эти ласки даже со стороны родственника или близкого знакомого семьи могут быть неприятны ребенку. Альтернативой им может стать доброжелательный разговор или рукопожатие как выражение теплых чувств.

От родителей требуется набраться терпения и научиться внимательно слушать детей, когда они рассказывают о событиях своей жизни или о друзьях; задавать ребенку вопросы о его переживаниях, страхах и огорчениях; поощрять ребенка делиться сокровенными переживаниями - это одно из наиболее важных условий, которые помогают избежать беды.

Нужно быть в курсе взаимоотношений ребенка с другими детьми и взрослыми, а секретность, окружающая взаимоотношения малыша или подростка с другими людьми, должна насторожить.

Взаимоотношения с посторонними.

Ребенок может попадать в опасные ситуации при контактах с посторонними. В каждой семье должны быть установлены правила безопасности, которые помогут детям избежать беды, когда они остаются дома одни или же находятся вне его:

- входная дверь должна быть захлопнута и закрыта на замок. Нельзя открывать дверь посторонним, даже если это почтальон, милиционер или водопроводчик;

- самым безопасным ответом ребенка по телефону, когда он дома один, может быть фраза, что мама и папа заняты, вместо того, чтобы говорить звонящему, что родителей нет дома;

- несовершеннолетний должен знать, кому из друзей или соседей он может позвонить в отсутствие родителей и взрослых, если он испугается или окажется в критической ситуации;

- рядом с телефонным аппаратом следует поместить номера телефонов экстренных служб;

- нужно научить ребенка пользоваться телефоном-автоматом, знать номер домашнего телефона и почтовый адрес;

- если ребенок регулярно ходит в определенные места (школа, магазин, спортивная секция и т.п.), необходимо вместе с ним выбрать наиболее безопасный маршрут;

- вручает и использование в семье пароля безопасности. При этом важно выбрать легко запоминающееся слово, которое несовершеннолетний будет использовать в качестве сигнала, что он оказался в опасности и

нуждается в помощи и пр.

#### Современные технологии профилактики жестокого обращения с детьми

Участниками упомянутого первого совещания ВОЗ по стратегиям для защиты ребенка (1998) было подчеркнуто, что жестокое обращение с детьми, пренебрежение основными их нуждами и коммерческая сексуальная эксплуатация детей имеют в современной Европе серьезные последствия для здоровья и благополучия детей, семьи и общества. Однако ВОЗ занимается этой проблемой лишь с 1996 года.

Характерно, что при общем признании важности мультидисциплинарного подхода, необходимости более глубокого понимания процессов, лежащих в основе проблемы, ключевая роль в ее решении тем не менее принадлежит специалистам здравоохранения. Плохое обращение с детьми ставит и перед медицинским персоналом целый ряд важнейших задач. В частности, врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям, для чего необходимо специальное обучение методам распознавания жестокого обращения с детьми, фактов пренебрежения родительским долгом. Соответствующая подготовка возможна в рамках непрерывного медицинского образования.

Врачам следует в этих случаях работать в особо тесном контакте с представителями смежных специальностей. Работоспособная группа должна включать терапевтов, специалистов социальной сферы, психиатров, психологов, юристов. Если такая группа не сформирована, врачу придется специально искать медицинских, социальных, юридических и иных специалистов, необходимых в каждом конкретном случае.

Работники учреждений первичного звена здравоохранения (педиатры, терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи, семейные врачи, психиатры, персонал скорой медицинской помощи, социальные работники и другие специалисты) должны обладать специальными знаниями и навыками, необходимыми для распознавания признаков жестокого обращения с детьми, оценки состояния и физического развития детей, умения использовать возможности общества и собственный статус на благо страдающим детям.

Оценка состояния детей - жертв физического насилия должна включать: анамнез; данные физического обследования; протокол рентгеновского исследования; исследование системы свертывания крови; цветные фотографии; данные обследования братьев и сестер; официальное медицинское заключение; характеристику поведения пострадавшего; оценку развития ребенка.

Особое значение в этих случаях придается медико-социальному патронажу, выполняемому работниками детских поликлиник. В том числе и по той причине, что в современных условиях криминализации общества именно врач-педиатр, участковая медицинская сестра являются теми немногими работниками государственного учреждения, которых, как правило, хорошо знают, доверяют им и которых хотя бы впустят в квартиру. А там в полной мере можно ознакомиться с условиями жизни и воспитания ребенка, оценить характер внутрисемейных отношений, понять, какие последствия для детей могут иметь нарушенные отношения между родителями, дисциплинарный стиль в семье, ее экономическое положение, эмоциональные проблемы, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т.п. Необходима настороженность относительно особенностей поведения ребенка и других общеизвестных признаков жестокого обращения с детьми, учитывая, что далеко не всегда эти признаки очевидны, и часто лишь внимательное отношение к ребенку и его родителям проясняет картину. Осмотр ребенка по любому поводу - при обращении родителей, профилактический и другие - требует от врача настороженности в отношении рассматриваемой проблемы, поскольку предоставляется реальная возможность даже при отсутствии жалоб увидеть первые признаки насилия.

Практические работники педиатрической службы из всех форм жестокого обращения с детьми наименее всего информированы в области предупреждения сексуального насилия, что требует специального освещения в силу своеобразия проблемы, необходимости проявления особого такта, а также выработки умения сформировать осознанную

настороженность родителей, самого ребенка дошкольного и школьного возраста, а также навыков конкретных практических действий при подозрении на возможность осуществления подобного рода действий в отношении ребенка.

В случае возникновения подозрения на унижение ребенка в семье, жестокое обращение с ним врач обязан незамедлительно прежде всего:

- поставить в известность о своих предположениях службу защиты детей;

- обеспечить госпитализацию каждого ребенка, подвергшегося жестокости и нуждающегося в защите, на период первичного обследования;

- проинформировать родителей о диагнозе;

- сообщить правоохранительным службам о полученных ребенком травмах.

Ребенок-пациент нуждается в предпочтительном внимании. Следует принять возможные меры для защиты ребенка от насилия в будущем. Если же врач, заподозривший жестокое обращение, не в состоянии самостоятельно провести такую оценку, ему следует обратиться за помощью к компетентному специалисту.

В ряде случаев ребенку показана превентивная госпитализация, перед которой необходимо провести адекватную оценку уровня развития ребенка, его физического и эмоционального состояния.

При возникших подозрениях в жестоком обращении с ребенком врач должен побеседовать с родителями, уделив им достаточное время и проявляя при этом тактичность, объективность, избегая грубых обвинений. Все данные, полученные во время осмотра ребенка, требуют обязательного занесения в медицинскую карту, поскольку эти сведения могут стать основной уликой в суде.

Врачи должны участвовать в профилактике жестокого обращения с детьми на всех уровнях, организовывать в этих целях пре- и постнатальное семейное консультирование, выявлять проблемы в вопросах воспитания и родительской заботы, давать советы по планированию семьи и рождаемости.

Педиатрам следует внедрить систему профилактики жестокого обращения с детьми путем сестринского патронажа на дому, обучения родителей уходу за детьми, эффективным воспитательным приемам и пр.

В целом решение проблем жестокого обращения невозможно без четко организованного взаимодействия медицинского персонала, юристов, педагогов, психологов и работников социальной сферы, что подтверждает опыт первого в Москве специализированного учреждения - Психолого - медико - социального центра для детей, подвергшихся жестокому обращению и насилию.

#### Краткая информация о деятельности Центра "ОЗОН"

Психолого-медико-социальный центр "ОЗОН" (директор - профессор Т.Я. Сафонова) - первое в г. Москве подобного рода специализированное учреждение, открытое 1 сентября 1996 г. Центральным окружным управлением Московского комитета образования на территории районной управы "Басманный" для оказания помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, работы с неблагополучными семьями, предупреждения насилия в отношении детей и др.

Являясь государственным учреждением, Центр осуществляет свою деятельность как за счет бюджетного финансирования, так и благодаря государственным и общественным организациям, спонсорской поддержке, в частности, общественному благотворительному фонду "Защита детей от насилия", Восточно-Европейскому партнерству, ТАСИС-ЛИАН (ЕС) и другим.

В настоящее время Центр принимает по обращаемости детское население в возрасте от 3 до 18 лет практически всех округов столицы, расширив свою деятельность за счет профилактического компонента.

Основными направлениями работы ПМСЦ "ОЗОН" являются:

1. Помощь детям, ставшим жертвами насилия. Проведение диагностики, осуществление медицинской, психотерапевтической реабилитации, социальной помощи и правовой поддержки детей; оказание экстренной психологической помощи (по "телефону доверия" - ТД) детям,

находящимся в критической ситуации.

2. Работа с семьями. Проведение диагностики функциональной способности семьи, оказание помощи в развитии навыков эффективного родительства, юридическое консультирование родителей или лиц, их заменяющих, семейная терапия.

3. Предупреждение насилия в отношении детей, которое осуществляется путем внедрения образовательной программы:

- семинары-тренинги для специалистов по проблемам выявления детей, пострадавших от различных форм насилия, их диагностики и терапии;

- занятия для работников детских дошкольных учреждений и школ по предупреждению насилия в семье и профилактике жестокого обращения с детьми;

- подготовка материалов для детей и занятий с ними по безопасному поведению.

4. Научные исследования и международное сотрудничество:

- проведение исследований по различным проблемам жестокого обращения с детьми;

- разработка, апробация и внедрение методик работы с пострадавшими детьми;

- международное сотрудничество с ведущими специалистами в этой области: психотерапевтами, психиатрами, педиатрами, социальными работниками из Англии, США и других стран.

В Центре работают специалисты различного профиля: психологи, педагоги-психологи, социальные педагоги, медицинские работники (педиатр, дерматовенеролог, детский гинеколог, психиатры, реабилитолог), юрист, методисты, консультанты ТД. Практически все специалисты Центра прошли за рубежом специальный тренинг по работе с детьми - жертвами насилия и их семьями.

За 2,5 года в Центр "ОЗОН" было 597 обращений, из них по причине насилия в отношении детей - 322 (53,9%). Среди случаев сексуального насилия среди всех обращений составили 30,6%, физического - 9,5%, эмоционального - 9,7%, пренебрежения основными нуждами - 4%, на долю других причин - 46,1%.

Сотрудниками обслужены 497 семей, которые получили консультативную и психотерапевтическую помощь, правовую поддержку. В 17 случаях были возбуждены уголовные или гражданские дела.

Ежегодно на детский "телефон доверия" поступает 1500-2200 звонков от детей (более 60% звонивших), родителей или специалистов. 11% звонков являются кризисными, когда решается вопрос о жизни и смерти ребенка. Такой высокий удельный вес кризисных звонков свидетельствует о психологическом и социальном неблагополучии детей в нашем обществе. За 1998 г. на "телефон доверия" было 2403 обращения, из них в 1678 случаях оказаны психологическая помощь или консультации по телефону.

Ведется профилактическая работа с детьми и родителями, всего за 1998/1999 учебный год проведено 16 активных выходов в учебные учреждения Центрального округа.

Опытные специалисты разрабатывают методологию работы с семьями и детьми, обеспечивают диагностическую и терапевтическую помощь.

Сотрудники Центра "ОЗОН" признают необходимым соблюдение в повседневной деятельности следующих основных принципов работы:

- приоритет интересов ребенка;

- уважение прав родителей;

- конфиденциальность при работе с каждым клиентом, обратившимся в Центр, за исключением случаев, требующих судебного разбирательства;

- обеспечение высокого уровня профессионализма, соблюдение стандартов качества диагностической и терапевтической работы;

- работа в команде;

- сотрудничество в деле защиты прав ребенка с учреждениями образования, здравоохранения, внутренних дел, социальной защиты, общественными организациями.

Какие практические действия можно предпринять, чтобы помочь ребенку?

1. Постараться поговорить с самим ребенком, внимательно выслушать

его. Верьте ребенку, если он Вам открылся, и окажите ему поддержку. Будьте внимательны к ребенку, постарайтесь выяснить причины его эмоциональных и поведенческих особенностей.

2. В обязательном порядке поговорить с родителями.

3. Обратиться в травмпункт или другое медицинское учреждение для регистрации полученных повреждений.

4. Подключить к решению проблемы милицию или прокуратуру.

5. Обратиться в органы опеки и попечительства по месту жительства ребенка.

6. Позвонить по детскому "телефону доверия" 265-26-72 (с понедельника по пятницу с 15 до 21 часа).

7. Позвонить (265-01-18) или прийти в Центр "ОЗОН".

Адрес: Нижняя Красносельская ул., д. 45 (ст. метро "Бауманская", во дворе 8-этажного кирпичного дома перед Елоховским собором, 1-й этаж).

#### Информация

Ранее Комитетом здравоохранения г. Москвы и сектором развития охраны материнства и детства НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской АМН по результатам выполнения экспериментальных научно-практических проектов подготовлены с привлечением экспертов по профилю следующие директивные и информационно-методические материалы для органов и учреждений здравоохранения по организационным аспектам оказания лечебно-профилактической и медико-социальной помощи детям и подросткам:

1. Об организации медицинского обслуживания подростков 15-17 лет на базе детской городской поликлиники N 21 Восточного окружного управления. Распоряжение ГМУ Москвы от 24.05.93 N 30-06-227.

2. О создании отделений медико-социальной помощи детских городских поликлиник. Приказ ГМУ Москвы от 02.05.94 N 269.

3. Организация в детских городских поликлиниках медико-социальной помощи подросткам 10-17 лет. Информационно-методические материалы Департамента здравоохранения Москвы. - М., 1995. - 21 с.

4. Оказание психологической помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники: основные принципы, направления (выпуск 1). Информационные материалы Департамента здравоохранения Москвы. - М., 1995. - 32 с.

5. Социально-гигиеническая характеристика проблем удовлетворенности подростков г. Москвы медико-социальной помощью. Информационное письмо Комитета здравоохранения г. Москвы. - М., 1996. - 25 с.

6. Технология организации медико-психологической помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники. Методические рекомендации (N 19) Комитета здравоохранения Москвы и НИИ им. Н.А. Семашко РАМН. - М., 1996. - 33 с.

7. Организация мероприятий по профилактике и ранней диагностике гинекологических заболеваний, сохранению репродуктивного здоровья детей и подростков. Методические рекомендации (N 32) Комитета здравоохранения Москвы и НИИ им. Н.А. Семашко РАМН. - М., 1997. - 15 с.

8. Экспериментальное обоснование оптимальных форм медико - социальной направленности работы детских поликлиник с детьми и подростками 10-17 лет. Информационно-методическое обеспечение и внедрение в практику здравоохранения. - М.: НИИ им. Н.А. Семашко РАМН, Комитет здравоохранения (КЗ) г. Москвы, 1997. - 8 с.

9. Оказание экстренной психологической помощи детям и подросткам (общие понятия, основные принципы). Информационное письмо (N 10) НИИ им. Н.А. Семашко РАМН и КЗ г. Москвы. - 1998. - 17 с.

10. Опыт деятельности подросткового медицинского центра Юго-Западного административного округа г. Москвы: информационное письмо (N 14) НИИ им. Н.А. Семашко РАМН и КЗ г. Москвы. - М., 1998. - 13 с.

11. Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды. Исследование положения в странах с переходной экономикой. Региональный мониторинговый доклад Детского фонда ООН. – Флоренция, 1997. – 177 с.

12. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1997 году.