

УДК 347.627.2.023+364.65+179.2+340.62+364.043.4+364.28
DOI: 10.56871/CmN-W.2024.98.73.001

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

© Дмитрий Олегович Иванов, Иван Дмитриевич Ляхов, Злата Вячеславовна Давыдова,
Руслан Абдуллаевич Насыров, Елена Юрьевна Калинина

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация:

Злата Вячеславовна Давыдова — к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины им. Д.Д. Лохова.
E-mail: zлата.davydova@rambler.ru ORCID ID: 0000-0002-6673-8230 SPIN: 7016-7086 Scopus Author ID: 57218215648

Для цитирования: Иванов Д.О., Ляхов И.Д., Давыдова З.В., Насыров Р.А., Калинина Е.Ю. Медико-социальные аспекты жестокого обращения с детьми // Children's medicine of the North-West. 2024. Т. 12. № 1. С. 5–18. DOI: <https://doi.org/10.56871/CmN-W.2024.98.73.001>

Поступила: 04.12.2023

Одобрена: 27.12.2023

Принята к печати: 25.01.2024

Резюме. В статье представлен обзор литературы по проблеме жестокого обращения с детьми, которая до недавнего времени в нашей стране замалчивалась и не имела такой актуальности, как сейчас. Указом Президента РФ В.В. Путина период с 2018 по 2027 годы объявлен десятилетием детства в России; одним из национальных приоритетов страны является обеспечение благополучного и защищенного детства. Выявление и профилактика различных форм детского неблагополучия и жестокого обращения с детьми — важная медико-социальная проблема. Для эффективного предупреждения и выявления жестокого обращения с детьми, а также его влияния на психоэмоциональное состояние, социальную адаптацию, детскую заболеваемость и смертность, травматизм и инвалидизацию, необходим междисциплинарный подход с привлечением социально-правовых сотрудников, педагогов и врачей всех специальностей.

Ключевые слова: жестокое обращение с детьми; пренебрежение; запущенность; истязание; сексуальное насилие; физическое насилие; психологическое насилие; эмоциональное насилие; образовательное пренебрежение; медицинское пренебрежение; вред здоровью; судебно-медицинская экспертиза.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF CHILD ABUSE

© Dmitry O. Ivanov, Ivan D. Lyakhov, Zlata V. Davydova,
Ruslan A. Nasyrov, Elena Yu. Kalinina

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information:

Zlata V. Davydova — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine named after D.D. Lokhov. E-mail: zлата.davydova@rambler.ru ORCID ID: 0000-0002-6673-8230
SPIN: 7016-7086 Scopus Author ID: 57218215648

For citation: Ivanov DO, Lyakhov ID, Davydova ZV, Nasyrov RA, Kalinina EYu. Medical and social aspects of child abuse. Children's medicine of the North-West (St. Petersburg). 2024;12(1):5-18. DOI: <https://doi.org/10.56871/CmN-W.2024.98.73.001>

Received: 04.12.2023

Revised: 27.12.2023

Accepted: 25.01.2024

Abstract. The article provides a review of the literature on the problem of child abuse, which until recently was hushed up in our country and did not have the same relevance as it does now. By decree of the President of the Russian Federation V.V. Putin, the period is 2018 to 2027. declared the decade of childhood in Russia, one of Russia's national priorities is to ensure a prosperous and protected childhood. Identification and prevention of various forms of childhood ill-being and child abuse is an important medical and social problem. To effectively prevent and identify child abuse, as well as its impact on the psycho-emotional state, social adaptation, childhood morbidity and mortality, injuries and disabilities, an interdisciplinary approach is required with the involvement of socio-legal employees, teachers and doctors of all specialties.

Key words: child abuse; neglect; torture; sexual abuse; physical abuse; psychological abuse; emotional abuse; educational neglect; medical neglect; harm to health; forensic examination.

Проблема жестокого отношения к детям актуальна во всем мире [1]. В настоящее время в России вопросы детского неблагополучия также рассматриваются; они требуют своего разрешения в общей структуре государственных задач, связанных с демографической политикой, улучшением качества жизни, созданием необходимых и достаточных условий для формирования и развития полноценной личности. В последнее десятилетие обеспечение благополучного и защищенного детства стало одним из национальных приоритетов России. Проводятся кампании по снижению детской смертности, улучшению здоровья детского населения и повышению качества оказания медицинской помощи детям. 29 мая 2017 года Президент РФ В.В. Путин подписал Указ об объявлении 2018–2027 годов **Десятилетием детства в России**. Цель Указа — «совершенствование государственной политики в сфере защиты детства, учитывая результаты, достигнутые в ходе реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы». Правительством РФ был разработан План мероприятий до 2020 года. Одним из основных направлений которого являлось **создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей** [2].

Тем не менее в последние годы в России наблюдается рост числа преступлений, совершенных против семьи и несовершеннолетних. В ежегодных государственных докладах «О положении детей в Российской Федерации» приводятся статистические данные, характеризующие критическое положение детей в современной России. Так, за последние 3 года число детей, ставших жертвами преступлений, увеличилось на 4,5% (2021 год — 112 387; 2020 год — 94 881; 2019 год — 107 571). Ежегодно возрастало количество преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы несовершеннолетних (2021 год — 16 887; 2020 год — 15 822; 2019 год — 14 755) и детей (2021 год — 12 251; 2020 год — 11 287; 2019 год — 11 462).

В государственном докладе о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2021 год отмечается, что только в отношении родителей или иных законных представителей, не исполняющих обязанности по воспитанию несовершеннолетних, допускающих жестокое обращение с детьми, в 2021 году возбуждено 1342 уголовных дела по признакам преступлений, предусмотренных статьей 156 УК РФ (2020 год — 1288; 2019 год — 1491). Анализ ситуации, связанной с защитой несовершеннолетних от преступных посягательств, свидетельствует о том, что более половины преступлений в отношении детей совершается родителями или иными законными представителями (2021 год — 57,5%; 2020 год —

52,6%; 2019 год — 55,1%). На фоне увеличения общего числа преступлений в отношении детей (2021 год — 59 426; 2020 год — 47 514; 2019 год — 54 720) возросло количество особо тяжких (2021 год — 1345; 2020 год — 956; 2019 год — 957) и тяжких (2021 год — 477; 2020 год — 434; 2019 год — 421) преступлений, а также преступлений средней (2021 год — 313; 2020 год — 274; 2019 год — 327) и небольшой тяжести (2021 год — 57 291; 2020 год — 45 850; 2019 год — 53 015). По результатам обследований установлено 14,5 тысяч фактов ненадлежащего исполнения обязанностей по содержанию и воспитанию детей. В отношении родителей (иных законных представителей), злостно уклоняющихся от исполнения обязанностей по уходу за детьми, территориальными органами МВД России инициативно направлены в органы опеки 557 материалов для рассмотрения вопроса о лишении либо ограничении родительских прав.

В докладе уполномоченного по правам ребенка М.А. Львовой-Беловой за 2021 год сообщается, что число попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось почти на 13% (с 3253 до 3675 случаев), а число повторных попыток — на 92,5% (с 188 до 362 случаев). Согласно данным Следственного Комитета РФ, в 2021 году число детских самоубийств возросло на 37,4% по сравнению с 2020 годом и составило 753 случая. В 2018 году СК РФ зафиксировал 788 суицидов среди несовершеннолетних, в 2019 году — 737, а в 2020 году — 548 [3]. Таким образом, проблема детского неблагополучия и жестокого обращения с детьми в российском обществе стабильно набирает обороты.

В современной России о проблемах насилия над детьми в семьях стали говорить с начала 1990-х годов, когда стали создаваться приюты, социально-реабилитационные центры, кризисные службы. Большинство детей, попадающих в эти учреждения, непосредственно сталкивались в своей жизни с насилием или жестоким обращением и переживали его последствия. Этих детей не столько избивали (хотя многие из них физически наказывались), сколько не кормили, не водили в школу, не уделяли внимания, не заботились и не любили. В связи с этим понятие «насилие» в данном контексте употребляется несколько условно. В русском языке термин «насилие» обычно относится к конкретным действиям («бьют», «насилуют») и не учитывает все многообразие действий (либо бездействия) со стороны взрослых, наносящих вред ребенку. Ситуации, когда совсем маленького ребенка оставляют без присмотра дома или на улице, по многу часов заставляют стоять в углу, регулярно унижают и называют «идиотом», раздевают и ласкают половые органы, показывают порнографические фильмы,

плохо кормят и одевают, не создают условия для обучения, предъявляют завышенные требования и ожидания, а потом наказывают за несоответствие им, — все эти ситуации имеют очень много общего по своим последствиям, но некоторые из них никак нельзя назвать насилием в обыденном понимании этого слова. Все это — «дурное», «жестокое», «неправильное» обращение с ребенком в семье, которое травмирует и негативно сказывается на его развитии и здоровье. Такое обращение может быть как осознанным, так и неосознанным, может быть связано как с внешними факторами, так и с особенностями родителей и ребенка, может определяться какими-то действиями взрослого или, наоборот, его бездействием (например, необеспечением безопасности).

В 1999 году в одном из докладов Всемирной организации здравоохранения [4] было сформулировано следующее определение жестокого обращения с детьми: «Насилие над детьми (childabuse), или жестокое обращение (maltreatment), включает все формы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия или власти». Причинами детского неблагополучия и жестокого обращения с детьми отчасти служат многочисленные этнические и социальные конфликты, резкое падение общественных нравов, утрата лучших традиций семейного воспитания. Увеличение количества асоциальных семей, семей с низким уровнем дохода либо находящихся за чертой бедности, их социальная изоляция, алкоголизм и наркомания родителей способствуют повышению уровня общей агрессии и гнева во взаимоотношениях родителей с детьми. С этих позиций многие авторы рассматривают детское неблагополучие как социальную проблему общества [5–9].

Проведенные исследования родителей, среди которых выявлены случаи жестокого обращения со своими детьми, показали, что у них имеются следующие психологические, поведенческие или личностные особенности: низкая самооценка, несдержанность, незрелость, склонность к диктату, агрессивность, отгороженность от семьи и друзей [10–12]. При этом было отмечено, что жестокое обращение с детьми представляет собой гораздо более сложное явление, чем просто следствие патологического развития отдельно взятой личности. Многие авторы выделяют ряд факторов, определяющих развитие «синдрома жестокого обращения с детьми», таких как особенности взаимоотношений родителя и ребенка, сложившийся семейный уклад

и проблемы внутри семьи, стрессы, обусловленные социально-экономической средой, в которой проживает семья, и, в более широком смысле слова, — общественными условиями [13–21].

По мнению Дж. Боулби, автора теории психологической привязанности ребенка к его матери, для нормального развития младенец должен получать достаточно тепла и нежности от тех, кто его растит. Привязанность к матери или лицу, ее заменяющему, для младенца является генетически запрограммированным процессом, обеспечивающим его выживание. Формирование привязанности матери к ребенку реализуется опосредованно, через социально-психологические факторы, к числу которых относятся: взаимоотношения с отцом ребенка, желанность беременности, собственный социально-экономический статус, наличие поддержки семьи, ее ожидания от ребенка [22].

Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис в своей работе «Психология и психотерапия семьи» приводят примеры типов семей, где наиболее часто встречается насилие над ребенком:

- семьи, где физическое насилие является способом решения возникающих проблем, становясь частью семейных отношений;
- семьи, где мать или отец страдают алкоголизмом, что разрушает эмоциональные связи между родителями и детьми и, как следствие, снимает моральные и нравственные запреты на насилие в отношении детей, в том числе и сексуальное;
- семьи, где супружеские отношения нарушены по разным причинам и отсутствует возможность удовлетворения своих сексуальных потребностей вне семьи, что может привести к сексуальному насилию или растлению детей;
- социально изолированные семьи, где родители сами избегают связывать себя сколько-нибудь близкими отношениями с окружающими людьми и даже с родственниками;
- дисфункциональные семьи, в которых ребенок вследствие необходимости сам берет на себя обязанность матери по отношению к младшим [23].

Роль семьи в развитии жестокого отношения к ребенку изучалась и другими авторами [22, 24–27].

Хотя по данным некоторых исследователей сексуальное и психологическое насилие с одинаковой частотой встречаются как в обеспеченных, так и в бедных семьях, в семьях с низким достатком дети часто служат мишенью для отрицательных эмоций родителей в виде различных форм насилия [28]. Особенно заметно увеличение различных проявлений насилия по отношению к детям в периоды общественных и социально-экономических изменений [29]. Традиции и обычаи, принятые в

конкретной культуре, могут диктовать жестокость в практике воспитания детей. Например, в некоторых странах Ближнего Востока и Азии практикуется женское обрезание. Установлено, что около 100–140 млн девушек и женщин во всем мире подверглись той или иной форме обрезания, и 2 млн ежегодно подвергаются риску из-за этой процедуры (большинство этих женщин — жительницы Африки, Ближнего Востока и Азии). Женское обрезание может проводиться в младшем и старшем детском возрасте, в подростковом периоде. Преднамеренное повреждение здоровых органов по немедицинским причинам осуждается Всемирной организацией здравоохранения, Международной конфедерацией акушеров и Международной федерацией акушеров и гинекологов. Женское обрезание расценивается как форма насилия над девушками и женщинами [30, 31].

В МКБ-10 диагноз «Синдром жестокого обращения с ребенком» входит в класс XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» с подрубриками: T.74.0 — Оставление без внимания или заброшенность; T.74.1 — Физическая жестокость; T.74.2 — Сексуальная жестокость; T.74.3 — Психологическая жестокость; T.74.8 — Другие симптомы жестокого обращения; T.74.9 — Синдром неуточенного жестокого обращения [32].

Большинство авторов выделяют четыре основных вида жестокого обращения с детьми: физическое насилие, сексуальное насилие, психологическое или эмоциональное насилие и пренебрежение основными нуждами ребенка [14, 22, 33].

Пренебрежение (neglect) — это неспособность обеспечить основные потребности ребенка. Пренебрежение может быть физическим, образовательным, медицинским или эмоциональным. По данным тех стран, где ведется подробный статистический учет случаев пренебрежения нуждами детей, этот вид жестокого обращения встречается наиболее часто и напрямую связан с высоким уровнем заболеваемости и смертности детей [34, 35].

Физическое пренебрежение — это самый распространенный вид запущенности, проявляющийся в неспособности удовлетворить основные потребности ребенка в пище, жилье и одежде, не связанный с нехваткой финансовых ресурсов. Физическая запущенность включает в себя также недостаточный родительский контроль, отказ от ребенка, изгнание из дома и отказ от убежавшего ребенка, который хочет вернуться домой.

Педагогическая запущенность включает в себя невозможность организовать адекватное обучение ребенка в средней школе, в том числе неспособность записать ребенка в школу или попустительство к хроническим прогулам, а также от-

сутствие обучения для детей с особыми образовательными потребностями. Более подробно считаем необходимым остановиться на нечасто упоминаемом, но нередко в последнее время встречаемом виде пренебрежения — медицинском пренебрежении (или медицинской запущенности).

Медицинское пренебрежение (medical neglect) — это откладывание или лишение ребенка лицами, обязанными заботиться о нем и обеспечивать уход за ним, необходимой медицинской помощи или хирургического вмешательства при состояниях, которые опасны для жизни или причиняют здоровью вред различной степени тяжести [37, 38]. К случаям медицинской запущенности следует относить не только ситуации, которые угрожают жизни ребенка, но и легкие или средней тяжести, которые потенциально угрожают здоровью ребенка (например, отсутствие профилактических осмотров, в том числе стоматолога). Существует несколько форм медицинской запущенности:

- откладывание обращения за медицинской помощью (родители не обращают внимания на очевидные симптомы тяжелого заболевания у ребенка или не предоставляют ребенку надлежащую профилактическую помощь);
- нерегулярная медицинская помощь хронически больным детям (недостаточная приверженность лечению: родители не соблюдают режим лечения ребенка, не дают препараты в точно указанное время, в полной дозе, не выполняют рекомендации по питанию и хранению препаратов, не приводят ребенка к врачу для регулярного диспансерного наблюдения);
- лишение медицинской помощи (родители осознанно отказываются выполнять медицинские рекомендации);
- отказ от прививок.

Не существует единой причины, по которой родители несвоевременно обращаются за медицинской помощью или не выполняют в полной мере рекомендации врача либо лишают ребенка рекомендованной врачом медицинской помощи. Случаи медицинской запущенности, как правило, являются результатом комплекса факторов и причин со стороны родителей, семьи, ребенка и общества. Наиболее часто медицинская запущенность наблюдается в случаях наличия у ребенка тяжелого неизлечимого заболевания, пороков развития, нарушения психомоторного или когнитивного развития. Факторами риска медицинской запущенности также являются другие ситуации в семье: неполная семья, многодетная семья, низкий социально-экономический уровень семьи, изолированность семьи (территориальная, социальная), особенности личности родителей — наличие алкогольной или наркотической зависимости, умственной отсталости.

сти, социальной незрелости, депрессии, психических или психологических расстройств, которые характеризуются равнодушием или неспособностью к сочувствию [36–38]. Недостаточная информированность родителей о сути проблемы, отсутствие достаточных общих знаний и культуры (в том числе санитарно-гигиенических знаний и культуры здоровья), недоверие к врачам и отсутствие партнерских отношений с медицинскими работниками играют важную роль в возникновении случаев медицинской запущенности.

Диагностика медицинской запущенности у детей сложна и всегда требует убедительного подтверждения. Медицинской запущенностью следует считать ситуацию, если медицинская помощь доступна и имеет очевидный или доказанный положительный эффект для здоровья ребенка, но не используется по инициативе родителей (законных представителей), с выделением следующих критериев:

- не обращение за медицинской помощью при реальном или потенциальном риске здоровью или жизни ребенка;
- отказ от медицинской помощи (операции, переливания крови, трансплантации органа);
- пренебрежение или невыполнение медицинских рекомендаций (несоблюдение диспансерного наблюдения, приема лекарственных препаратов, ограничения физической нагрузки);
- игнорирование профилактических мероприятий (прививок) при отсутствии медицинских противопоказаний.

Первоочередным аспектом профилактики медицинской запущенности является санитарно-просветительская работа с родителями (законными представителями), при которой должно быть доказательно объяснено, что лечение (профилактика) дает больше преимуществ, чем естественное течение болезни без медицинских вмешательств, отказ от лечения усугубит вред здоровью ребенка, а профилактика инфекционных заболеваний путем вакцинации создает не только индивидуальный, но и коллективный иммунитет, который является залогом для распространения инфекции и возникновения эпидемий.

Важную роль в доказательстве того, что медицинское вмешательство действительно необходимо (имеет очевидный или доказанный эффект), призваны играть национальные стандарты медицинской помощи и унифицированные клинические протоколы. Доступность медицинской помощи должны определять локальные клинические протоколы. Актуальной медицинской задачей в настоящее время является разработка четких критериев/индикаторов, определяющих, какой объем помощи, предоставляемой родителями, следует считать

недостаточным при наличии у ребенка конкретных заболеваний.

Эмоциональное пренебрежение, которое, как и эмоциональное насилие, является трудно доказуемым, включает в себя невнимание к потребности ребенка в любви, отказ или непредоставление необходимой психологической поддержки, хроническое или экстремальное супружеское насилие в присутствии ребенка (например, избивание матери, убийство).

Физическое насилие — это преднамеренное нанесение ребенку повреждений или травм родителями либо лицами, их заменяющими, или другими взрослыми, в результате чего у ребенка возникают нарушения физического и/или психологического здоровья и развития либо наступает летальный исход [39]. Физическое насилие может варьировать от дисциплинарных воздействий с незначительными поверхностными повреждениями (кровоподтеки, ссадины) до смертельных травм, быть однократным или систематическим. Физическое насилие включает в себя наказание, которое не соответствует возрасту ребенка, его физическому развитию, состоянию здоровья, интеллектуальному или эмоциональному состоянию. К физическому насилию относятся: избивание ребенка (удары кулаками или пинками по телу или голове), прижигание, удары руками по ягодицам, подзатыльники, пощечины, вырывание или выстригание клоchieв волос, резкое и интенсивное встряхивание, обливание холодной водой, болезненное щипание, выкручивание уха, требования к ребенку стоять на коленях или длительно стоять в неудобной позе, принуждение к вкладыванию в рот острого перца, соли, пищевой соды [4]. Свидетельством физического насилия, прежде всего, являются повреждения мягких тканей. Но не стоит забывать, что повреждения могут носить и случайный характер, т. е. начинаться непреднамеренно. Перед судебно-медицинским экспертом всегда стоит вопрос о ситуации формирования повреждения, поэтому экспертной практикой накоплен немалый перечень признаков, позволяющих дифференцировать повреждения, сформировавшиеся в результате случайного или же умышленного воздействий. Кровоподтеки, которые формируются при умышленных воздействиях, множественны, различной давности, они локализируются в области ягодиц, бедер, гениталий, щек, шеи и других частей тела, их форма и размеры соответствуют характеристикам предмета, от действия которого сформировалось повреждение; при этом обращает на себя внимание несоответствие рассказа родителей о времени травмы и объективной давности кровоподтека (объективное определение происхождения посредством фиксации его цвета). Раны (в частности, от укуса зубами) имеют овальную

форму, неровные кровоподтечные края (от укусов кошки или собаки формируются раны треугольной формы, кровоподтеки нехарактерны). Переломы также имеют некоторые особенности: характерным является перелом акромиального конца ключицы (он формируется, если руку ребенка резко «дернуть» вверх), наличие нескольких переломов в различной стадии заживления.

Сексуальное насилие — это вовлечение ребенка (с его согласия или без такового) в прямые или косвенные акты сексуального характера со взрослым с целью получения последним сексуального удовлетворения или выгоды, в результате которых наносится вред физическому и психическому здоровью ребенка и появляются отклонения в поведении, затрудняющие дальнейшую социальную адаптацию [40]. Р. Саммит для обозначения процесса вовлечения ребенка в сексуальную активность предложил термин «синдром аккомодации», включающий пять стадий: 1-я стадия — секретность, 2-я стадия — беспомощность, 3-я стадия — приспособление, 4-я стадия — попытка признания или раскрытия, 5-я стадия — отступление [41]. Распределение жертв сексуального насилия по возрасту выглядит следующим образом: около 25% — 0–5 лет, около 35% — 6–11 лет и 40% — 12–17 лет [42–46].

При судебно-медицинском обследовании выявляются следующие признаки (физические индикаторы сексуального насилия): повреждения области гениталий, анальной области в виде ссадин, разрывов, кровоподтеков, пигментации; нарушения целостности девственной плевы; «зияние» ануса; обнаружение заболеваний, передающихся половым путем, инфекции мочевыводящих путей; беременность; недержание мочи и кала; психосоматические болезни и нервно-психические расстройства [47–49].

Эмоциональное (психологическое) насилие — это однократное или хроническое психическое воздействие на ребенка, враждебное или безразличное отношение, а также другое поведение родителей и лиц, их заменяющих, которое вызывает у ребенка нарушение самооценки, утрату веры в себя, затрудняет его развитие и социализацию [50]. Проявлениями психического насилия по Дж. Гарбари являются: игнорирование, отвержение, угрозы, в том числе угрозы с замахиванием кулака или тяжелого предмета, терроризация, изолирование, развращение. Данный вид насилия может осуществляться не только в семье, но и в различных учреждениях (так называемое институциональное насилие) [51].

Последствия жестокого обращения. Некоторые авторы считают, что результатом насилия или пренебрежения основными нуждами детей

являются последствия, которые можно определить как их травматизацию [52]. В данном смысле понятие травмы, применяемое к жестокому обращению с детьми, включает вызванные действиями родителей или лиц, их заменяющих, нарушения психологического, эмоционального, когнитивного и социального функционирования ребенка. По данным А.Л. Задарновского и соавт. [53], при семейном насилии, кроме прямого физического воздействия, имеет также место длительный стресс (как повреждающий фактор), вызывающий формирование стойких нарушений здоровья. Данный факт позволяет сделать вывод, что у жертв насилия в семье при длительном его существовании и повреждающем воздействии на состояние здоровья имеется группа соматических расстройств, у которых прослеживается этиопатогенетическая связь с фактами насилия, что подтверждается клинической практикой. Как показали исследования [54, 55], детям, перенесшим такую выраженную психическую травму, как жестокое обращение в семье, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов посттравматического стрессового расстройства: навязчивое воспроизведение травматической ситуации, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение функционирования.

В результате жестокого обращения и отсутствия заботы в раннем возрасте у детей происходят нарушения в основных нейробиологических системах: в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе (стрессовая реакция), миндалевидном теле (процессы обработки эмоций и эмоции регулирования), гиппокампе (процессы обучения и памяти), мозолистом теле (интеграция функций между полушариями) и префронтальной коре головного мозга (высшие когнитивные регуляторные и исполнительские функции) [56]. Характер изменений зависит от периода жизни, т.е. возраста ребенка. Период младенчества и раннего детства — наиболее уязвимый период для возникновения тяжелых последствий жестокого обращения в диапазоне от нарушения развития и созревания головного мозга до смертельных исходов. Основной формой физического насилия в периоде раннего детства являются удары по голове и телу, сопровождающиеся черепно-мозговыми травмами, повреждениями внутренних органов, переломами; в этом возрасте опасно и чрезмерно энергичное потряхивание за конечности или плечи, которое может вызывать скрытые внутричерепные и внутриглазные кровотечения без признаков внешних травм (battered child syndrome — синдром избитого ребенка) [57]. Последствия пренебрежения или недобросовестного ухода также драматичны. Несоблюдение норм ухода приводит к нарушению режима питания, регулярного сна, что проявляется значительным

отставанием в физическом развитии вплоть до депривационной карликовости [58]. Последствия эмоционального пренебрежения проявляются в поведенческих признаках задержки психического развития: отсутствие улыбки и мимической экспрессии, наличие выражения отвращения во взгляде, использование самостимулирующих действий, нетерпимость к изменениям в привычной обстановке, низкий уровень активности [59].

У детей дошкольного и раннего школьного возраста, подвергшихся жестокому обращению, были обнаружены нарушения интеллектуального и речевого развития без признаков неврологических нарушений. Когнитивный дефицит, возможно, вызван влиянием физического насилия на способности к обработке социальной информации; измененные результаты данного процесса приводят к хроническому агрессивному поведению, склонности к поиску социальных провокаций [60]. В частности, исследования электропотенциалов головного мозга у детей с психотравмирующим опытом показывают картины нервной активации во время выполнения задач, требующих исполнительных функций, аналогичные наблюдающимся закономерностям у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности [61]. Первые попытки суицидов и членовредительства среди детей, перенесших жестокое обращение, появляются в возрасте 7–12 лет [62], также дети этого возраста обнаруживают повышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки. Данный возрастной период уязвим к воздействию факторов эмоционального насилия: третирование, терроризирование и запугивание ребенка (например, постоянное умаление ребенка или уничтожение любимого объекта).

С наступлением полового созревания увеличиваются риски сексуального насилия, набирая свою максимальную выраженность в подростковый период. Темпы сексуального насилия в 1,5–3 раза выше среди девочек, чем среди мальчиков [63]. Выделяют ближайшие и отдаленные последствия сексуального насилия у несовершеннолетних. К ближайшим последствиям относятся нетравматические (инвазивные) и травматические. Нетравматические последствия представлены беременностью (7,7%), заболеваниями, передающимися половым путем (26,9%), неспецифическим кольпитом (28%). Травматические последствия делятся на анатомические и функциональные. Анатомические: чаще всего отек (21,9%), разрывы (15,6%), гиперемия (14,8%), ссадины (14%), надрывы (5,5%), кровоизлияния (4,3%), рубцы (4,4%), повреждения плевы (48,7%), повреждения преддверия влагалища (19,5%). Соматические повреждения выявлены в 20,5% случаев. Процент жертв, имеющих какие-либо психологические проблемы (в основ-

ном посттравматический синдром, психозы и депрессивные реакции) после сексуального насилия над ними, варьирует от 46,9 до 55,1%. Среди отдаленных последствий чаще были нарушения менструального цикла (11,6%) — гинекологические последствия — и вагинизм центрального генеза, психоэмоциональная дезадаптация, сексуальные дисфункции и другие нарушения. [64]. Сексуальное надругательство также способствует проявлению депрессивных и шизофреноподобных расстройств и приводит до трети пострадавших подростков к совершению суицидальных действий [65].

Последствиями эмоционального насилия являются психосоматические болезни (бронхиальная астма, дерматиты и др.) [66, 67].

У взрослых жестокое обращение в детстве является причиной психологических нарушений (беспомощность, низкая самооценка, чувство вины, стыд), поведенческих и эмоциональных расстройств (стрессовые расстройства, наркологические заболевания, трудности в близких или интимных отношениях, диссоциативные (травматические) амнезии, диссоциативное расстройство идентичности, пограничное и антисоциальное расстройство личности, соматизация и другие медицинские проблемы, переедание) [68, 69]. Последствия такого насилия длительное время могут протекать скрыто, проявляясь во взрослом возрасте склонностью повторять неблагополучный опыт и предрасположенностью попадать в неблагоприятные ситуации (victimization) [70, 71].

В последнее время диагноз «синдром жестокого обращения с ребенком» все чаще используется в медицинских документах российскими детскими хирургами, травматологами и педиатрами. Официальная статистика детского травматизма и смертности не отражает в полной мере всего количества детей, пострадавших от жестокого обращения [72, 73]. Пренебрежение нуждами детей «маскируется» за набором иных диагнозов: гипотрофия, дерматит, стрептодермия, экзикоз и пр. Эти диагнозы не отражают истинных причин развития выявленных заболеваний и, следовательно, не дают оснований для реагирования соответствующих ведомств. Таким же образом в «невидимой зоне» остаются случаи ухудшения состояния здоровья несовершеннолетних в результате пренебрежения их законными представителями медицинской помощью (запущенные формы заболеваний, инвалидизация и пр.). Вследствие нормативно-правовой неопределенности в унификации таких диагнозов случаи ненадлежащего ухода и пренебрежения медицинской помощью со стороны законных представителей ребенка редко сообщаются медицинскими работниками [74]. В свете повышенного внимания к качеству оказания медицинской помощи

населению этот пробел имеет отрицательные правовые последствия, в первую очередь для самих медицинских работников и медицинских организаций, так как родители (или законные представители) могут обратиться с жалобой в прокуратуру на то, что медицинская помощь оказана недолжным образом.

Насилие долгое время не рассматривалось как проблема здравоохранения, так как это крайне расплывчатый и сложный феномен. Представление о том, что приемлемо, а что неприемлемо в поведении человека, что считать вредом или ущербом, зависит от культурных и правовых норм, существующих в данном обществе, и постоянно пересматривается по мере того, как меняются ценности и социальные нормы. Тем не менее медицинские учреждения (наряду с образовательными учреждениями) являются той первой линией, где можно увидеть признаки насилия над детьми. Они играют важнейшую роль в выявлении и преодолении синдрома жестокого обращения с ребенком. Для этого педагоги и врачи должны быть ознакомлены с этой проблемой и должны знать о мерах, которые необходимо предпринять для прекращения жестокого обращения с детьми и защите их прав.

Таким образом, для эффективного предупреждения и выявления жестокого обращения с детьми, а также его последствий с влиянием на психоэмоциональное состояние, социальную адаптацию, детскую заболеваемость и смертность, травматизм и инвалидизацию, необходим междисциплинарный подход с привлечением социально-правовых сотрудников, педагогов и врачей всех специальностей. Внимательное отношение к маленькому пациенту, совершенствование методик оценки состояния здоровья детей с пересмотром современных нормальных антропометрических росто-весовых и функциональных показателей в разных возрастных группах, соблюдение стандартов осмотра и регламента описания повреждений помимо лечебно-диагностических целей имеет огромное значение при производстве судебно-медицинских экспертиз по делам жестокого обращения с детьми при определении степени тяжести причиненного вреда здоровью, что позволяет следственным органам правильно квалифицировать деяние и совершать правосудие.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Педиатрия по Нельсону: в 4 т. / под ред. Р.М. Клигмана, Дж.У. Сент-Джима III, Н.Дж. Блума и др.; пер. с англ. под ред. Д.О. Иванова, С.А. Сайганова, И.Ю. Мельниковой, В.П. Новиковой. 21-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023: 1.
2. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации, 2021 год. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/2482?ysclid=lqnhm0frcd338613515> (дата обращения: 17.12.2023).
3. В России выросло число детских суицидов и их попыток. РБК. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947eece23ead6?from=copy> (дата обращения: 27.12.2023).
4. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Под ред. Э.Г. Круга, Л.Л. Дальберг, Д.А. Мерси и др.; пер. с англ. Всемирная организация здравоохранения. М.: Весь Мир; 2003.
5. Насилие и жестокое обращение с детьми: источники, причины, последствия, решения. Учебное пособие. Под ред. Е.Н. Волковой. СПб.: Книжный дом; 2011.
6. Капцова Е.А. Особенности самосознания подростков при различном восприятии семейной ситуации. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; 2002.
7. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК; 2007.
8. Очирова А.В. Проблема жестокого обращения с детьми в современной семье: социологический анализ. Автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб.; 2005.
9. Социальная педагогика: курс лекций. Под общ. ред. М.А. Галагузовой. М.: Гуманит, ВЛАДОС; 2000.
10. Здравомыслова Е.М. Насилие в семье и кризис традиционной концепции воспитания. Человек и семья: материалы науч.-практ. конф. М.; 2000.

11. Кулиш О.Г. Взаимосвязь образа семьи и развития самосознания у детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; 2005.
12. Prino C.T., Peyrot M. The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse Negl.* 1994; 18(10): 871–84.
13. Криворученко В.К. Жестокое обращение с ребенком. Проявление и меры предотвращения. Информационный гуманитарный портал Знание. Понимание. Умение. 2012; 3. URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2012/3/Krivoruchenko_Child-Abuse (дата обращения: 27.12.2023).
14. Сафонова Т.Я., Цимбал Е.И., Олиференко Л.Я. и др. Жестокое обращение с детьми. М.: Академия; 2001.
15. Абрамов Н.К. Семья и проблемы «внутрисемейной» жестокости. Агрессия и жестокость. СПб.: Питер; 2005.
16. Богомолова Л.В. Социогенные факторы неблагоприятного воздействия на психическое здоровье детей и подростков. Закон и право. 2005; 3: 10–2.
17. Бубнова И.С. Особенности Я-образа у подростков и его формирование в условиях семейного воспитания. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Иркутск; 2004.
18. Гаямова С.Ю. Особенности самосознания подростков, подвергающихся жестокому обращению в семье. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; 2012.
19. Лиманская К.А. Теоретические и методологические основы исследования социальной проблемы жестокого обращения с детьми в семье. Автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб.; 2005.
20. Синягина Н.Ю. Жестокость в современных семьях. Беспризорник. 2003; 2: 21–4.
21. Hartley C.C. The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse. *Child. Maltreatment.* 2002; 7(4): 349–58. DOI: 10.1177/107755902237264.
22. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. 2-е изд. М.: Генезис; 2010.
23. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер; 2008.
24. Freisthler B. et al. Drug use, the drug environment, and child physical abuse and neglect. *Child. Maltreatment.* 2017; 22(3): 245–55. DOI: 10.1177/1077559517711042.
25. Zuravin S.J., DiBlasio F.A. The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *J. Fam. Violence.* 1996; 11: 149–66.
26. Hartley C.C. Severe domestic violence and child maltreatment: Considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. *Child. Youth Serv. Rev.* 2004; 26(4): 373–92.
27. Freisthler B. et al. Drug use, the drug environment, and child physical abuse and neglect. *Child. Maltreatment.* 2017; 22(3): 245–55. DOI: 10.1177/1077559517711042.
28. Norman R.E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine.* 2012; 9(11): e1001349.
29. Wekerle C., Wolfe D.A. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. *Clin. Psychol. Rev.* 1993; 13(6): 501–40.
30. Диане Ф. Мерритт. Травмы гениталий. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016; 1: 64–80.
31. Lansford J.E. et al. Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. *Dev. Psychopathol.* 2015; 27(4pt2): 1417–28.
32. Международная классификация болезней 10 пересмотра. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=mkb> (дата обращения: 27.12.2023).
33. Jacobi G. et al. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(13): 231. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231.
34. Dubowitz H., Pitts S.C., Black M.M. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment.* 2004; 9(4): 344–56. DOI: 10.1177/10775595042691918.
35. Welch G.L., Barbara L.B. Fatal child neglect: characteristics, causations, and strategies for prevention. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(10): 745–52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.05.008.
36. Roberts G.M., Wheeler J.G., Tucker N.C. et al. Non-adherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. *Pediatrics.* 2004; 114(3): e346–53.
37. Jenny C. Recognizing and Responding to Medical Neglect. *Pediatrics.* 2007; 6(120): 1385–9.
38. Dubowitz H. Neglect of children's health care / Myers J.E.B., Berliner L., Briere J., Jenny C., Hendrix C.T., Reid T. eds. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2002: 269–92.
39. Dubowitz H., Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet.* 2007; 369(9576): 1891–9.
40. Ammerman R.T. et al. Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clin. Psychol. Rev.* 1986; 6(4): 291–310.
41. Garbarino J., Guttman E., Seeley J.W. *The psychologically battered child.* San Francisco: Jossey-Bess; 1988.
42. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. Под общ. ред. Д.О. Иванова,

- Н.Н. Рухляды. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2024. DOI: 10.33029/97704-7865-3-PAG-2024-1-464.
43. Самойличенко А.Н. Судебно-медицинская гинекология. Сургут: Дефис; 2001.
44. Пиголкин Ю.И., Дмитриева О.А., Щитов Н.Г., Дерягин Г.Б. Сексуальное насилие: теории, подходы и методы исследования. М.: МИА; 2008.
45. Gavril A.R., Kellog N.D., Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*. 2012; 129(2): 282–9.
46. Hilden M., Schei B., Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci. Int.* 2005; 154(3–4): 200–5.
47. Кривохатко А.А. Оценка экстрагенитальных повреждений у детей женского пола при сексуальном насилии. Судебная медицина. 2020; 6(2): 35–40. DOI: 10.19048/2411-8729-2020-6-2-35-40.
48. Modelli M.E.S., Galvão M.F., Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic science international*. 2012; 217(1–3): 1–4. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.08.006.
49. Дмитриева О.А. Совершенствование судебно-медицинских методов диагностики бывшего полового сношения по делам об изнасиловании. Дис. ... канд. мед. наук. Владивосток; 2000.
50. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб.: Речь; 2003.
51. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. Учеб. пособие для студ. психол. фак-тов высш. учеб. заведений. М.: Академия; 2003.
52. Каюда Г.П., Луковцева З.В., Гаямова С.Ю. Жестокое обращение с несовершеннолетними: идентификация и оценка психологических последствий. Метод. пособие. М.: Спутник+; 2007.
53. Задарновский А.Л., Солодун Ю.В. Установление психосоматических расстройств у жертв насилия в семье при производстве судебно-медицинской экспертизы. *Сибирский медицинский журнал*. 2009; 3: 91–3.
54. Курзин Л.М., Ефимов А.А., Лазарева Е.Н. Синдром жестокого обращения с ребенком. Судебно-медицинские аспекты. Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2014; 2: 753–7.
55. Ковальчук В.И., Иодковский М. Синдром жестокого обращения с ребенком (СЖО). *Журнал Гродненского ГМУ*. 2005; 3(11): 161–2.
56. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain — a review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000; 41(1): 97–116. DOI: 10.1017/S0021963099004990.
57. Reith W., Yilmaz U., Kraus C. Shaken baby syndrome. *Radiologe*. 2016; 5: 424–31. DOI: 10.1007/s00117-016-0106-x.
58. Norman R.E., Byambaa M., De R., Butchart A. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012; 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.
59. Trickett P.K., McBride-Chang C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental review*. 1995; 15(3): 311–37. DOI: 10.1006/drev.1995.1012.
60. Kelley M.L., Lawrence H.R., Milletich R.R. et al. Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child. Abuse Negl.* 2015; 43: 42–52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.01.017.
61. Dinkler L., Lundström S., Gajwani R. et al. Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2017; 58(6): 691–701. DOI: 10.1111/jcpp.12682.
62. Curran E., Adamson G., Stringer M. et al. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3.
63. Staton-Tindall M., Sprang G., Clark J et al. Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. *J. Social Work Practice Addict.* 2013; 13: 6–31. DOI: 10.1080/1533256X.2013.752272.
64. Попова А.В., Тимченко Г.П. О необходимости комплексного подхода при обследовании жертв сексуальных преступлений. Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины. СПб.; 1995: 88–9.
65. Yoshihama M., Horrocks J., Kamano S. The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama, Japan. *Am. J. Public Health*. 2009; 99(4): 647–53.
66. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь; 2005.
67. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия. *Психологический журнал*. 1993; 14(6): 110–8.
68. Liu J., Fang Y., Gong J. et al. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2017; 220: 147–55. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.060.
69. Macdonald G., Higgins J.P.T., Ramchandani P. et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012; (5): CD001930. DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub3.
70. Hinduja S., Patchin J.W. Cultivating youth resilience to prevent bullying and cyberbullying victimization. *Child. Abuse Negl.* 2017; 73: 51–62. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.09.0104.

71. Reith W., Yilmaz U., Kraus C. Shaken baby syndrome. Radiologe. 2016; 5: 424–31. DOI: 10.1007/s00117-016-0106-x.
72. Зелинская Д.И. Смертность детей от внешних причин и синдром жестокого обращения. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011; 56(1): 4–7.
73. Фисенко А.П., Тимофеева А.Г., Терлецкая Р.Н. и др. Смертность детского населения Российской Федерации от внешних причин. Российский педиатрический журнал. 2020; 23(2): 116–25. DOI: 10.18821/1560-9561-2020-23-2-116-125.
74. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.12 г. № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70107984/> (дата обращения: 27.12.2023).

REFERENCES

1. Pediatriya po Nel'sonu: v 4 t. [Pediatrics according to Nelson: in 4 volumes] / pod red. R.M. Kligmana, Dzh.U. Sent-Dzhima III, N.Dzh. Bluma i dr.; per. s angl. pod red. D.O. Ivanova, S.A. Sayganova, I.Yu. Mel'nikovoy, V.P. Novikovoy. 21-ye izd. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2023: 1. (in Russian).
2. Gosudarstvennyy doklad o polozhenii detey i semei, imeyushchikh detey, v Rossiyskoy Federatsii. [State report on the situation of children and families with children in the Russian Federation]. 2021. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/2482?ysclid=lqn-hm0frcd338613515> (accessed: 17.12.2023). (in Russian).
3. V Rossii vyroslo chislo detskikh suitsidov i ikh popytok. [In Russia, the number of child suicides and their attempts has increased]. RBK. URL: <https://www.rbc.ru/society/07/07/2022/62c594289a7947eece23ead6?from=copy> (accessed: 27.12.2023). (in Russian).
4. Nasiliye i yego vliyaniye na zdorov'ye. [Violence and its impact on health]. Doklad o situatsii v mire. Pod red. E.G. Kruga, L.L. Dal'berg, D.A. Mersi i dr.; per. s angl. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Moskva: Ves' Mir Publ.; 2003. (in Russian).
5. Nasiliye i zhestokoye obrashcheniye s det'mi: istochniki, prichiny, posledstviya, resheniya. [Violence and child abuse: sources, causes, consequences, solutions]. Uchebnoye posobiye. Pod red. Ye.N. Volkovoy. Sankt-Peterburg: Knizhnyy dom Publ.; 2011. (in Russian).
6. Kaptsova Ye.A. Osobennosti samosoznaniya podrostkov pri razlichnom vospriyatii semeynoy situatsii. [Peculiarities of self-awareness of adolescents with different perceptions of the family situation]. Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. Moskva; 2002. (in Russian).
7. Mesh E., Vol'f D. Detskaya patopsikhologiya. Narusheniya psikhiki rebenka. [Children's psychopathology. Child mental disorders]. Sankt-Peterburg: PRAYM-YEVROZNAK Publ.; 2007. (in Russian).
8. Ochirova A.V. Problema zhestokogo obrashcheniya s det'mi v sovremennoy sem'ye: sotsiologicheskii analiz. [The problem of child abuse in a modern family: a sociological analysis]. Avtoref. dis. ... kand. sotsiol. nauk. Sankt-Peterburg; 2005. (in Russian).
9. Sotsial'naya pedagogika: kurs lektsiy. [Social pedagogy: course of lectures]. Pod obshch. red. M.A. Galaguzovoy. Moskva: Gumanit, VLADOS Publ.; 2000. (in Russian).
10. Zdravomyslova Ye.M. Nasiliye v sem'ye i krizis traditsionnoy kontseptsii vospitaniya. [Domestic violence and the crisis of the traditional concept of education]. Chelovek i sem'ya: materialy nauch.-prakt. konf. Moskva; 2000. (in Russian).
11. Kulish O.G. Vzaimosvyaz' obraza sem'i i razvitiya samosoznaniya u detey doshkol'nogo, mladshego shkol'nogo i podrostkovogo vozrasta. [The relationship between family image and the development of self-awareness in children of preschool, primary school and adolescence]. Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. Moskva; 2005. (in Russian).
12. Prino C.T., Peyrot M. The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. Child Abuse Negl. 1994; 18(10): 871–84.
13. Krivoruchenko V.K. Zhestokoye obrashcheniye s rebenkom. Proyavleniye i mery predotvrashcheniya. [Child abuse. Manifestation and prevention measures]. Informatsionnyy gumanitarnyy portal Znaniye. Ponimaniye. Umeniye. 2012; 3. URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2012/3/Krivoruchenko_Child-Abuse (accessed: 27.12.2023). (in Russian).
14. Safonova T.Ya., Tsimbal Ye.I., Oliferenko L.Ya. i dr. Zhestokoye obrashcheniye s det'mi. [Child abuse]. Moskva: Akademiya Publ.; 2001. (in Russian).
15. Abramov N.K. Sem'ya i problemy «vnutrisemeynoy» zhestokosti. Agressiya i zhestokost'. [Family and problems of "intrafamily" cruelty. Aggression and cruelty]. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 2005. (in Russian).
16. Bogomolova L.V. Sotsiogennyye faktory neblagopriyatnogo vozdeystviya na psikhicheskoye zdorov'ye detey i podrostkov. [Sociogenic factors of adverse effects on the mental health of children and adolescents]. Zakon i pravo. 2005; 3: 10–2. (in Russian).
17. Bubnova I.S. Osobennosti YA-obraza u podrostkov i yego formirovaniye v usloviyakh semeynogo

- vospitaniya. [Features of the self-image in adolescents and its formation in the context of family education]. Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. Irkutsk; 2004. (in Russian).
18. Gayamova S.Yu. Osobennosti samosoznaniya podrostkov, podvergayushchikhsya zhestokomu obrashcheniyu v sem'ye. [Peculiarities of self-awareness of adolescents exposed to abuse in the family]. Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. Moskva; 2012. (in Russian).
19. Limanskaya K.A. Teoreticheskiye i metodologicheskiye osnovy issledovaniya sotsial'noy problemy zhestokogo obrashcheniya s det'mi v sem'ye. [Theoretical and methodological foundations for studying the social problem of child abuse in the family]. Avtoref. dis. ... kand. sotsiol. nauk. Sankt-Peterburg; 2005. (in Russian).
20. Sinyagina N.Yu. Zhestokost' v sovremennykh sem'yakh. [Zhestokost' v sovremennykh sem'yakh]. Besprizornik. 2003; 2: 21–4. (in Russian).
21. Hartley C.C. The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse. Child. Maltreatment. 2002;7(4): 349–58. DOI: 10.1177/107755902237264.
22. Alekseyeva I.A., Novosel'skiy I.G. Zhestokoye obrashcheniye s rebenkom. Prichiny. Posledstviya. Pomoshch'. [Child abuse. Causes. Consequences. Help]. 2-ye izd. Moskva: Genezis Publ.; 2010. (in Russian).
23. Eydemiller E.G., Yustitskis V.V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i. [Psychology and family psychotherapy]. 4-ye izd. Sankt-Peterburg: Piter Publ.; 2008. (in Russian).
24. Freisthler B. et al. Drug use, the drug environment, and child physical abuse and neglect. Child. Maltreatment. 2017; 22(3): 245–55. DOI: 10.1177/1077559517711042.
25. Zuravin S.J., DiBlasio F.A. The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. J. Fam. Violence. 1996; 11: 149–66.
26. Hartley C.C. Severe domestic violence and child maltreatment: Considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. Child. Youth Serv. Rev. 2004; 26(4): 373–92.
27. Freisthler B. et al. Drug use, the drug environment, and child physical abuse and neglect. Child. Maltreatment. 2017; 22(3): 245–55. DOI: 10.1177/1077559517711042.
28. Norman R.E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS medicine. 2012; 9(11): e1001349.
29. Wekerle C., Wolfe D.A. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. Clin. Psychol. Rev. 1993; 13(6): 501–40.
30. Diane F. Merritt. Travmy genitaliy. [Injuries to the genitals]. Reproduktivnoye zdorov'ye detey i podrostkov. 2016; 1: 64–80. (in Russian).
31. Lansford J.E. et al. Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. Dev. Psychopathol. 2015; 27(4pt2): 1417–28.
32. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney 10 persmotra. [International classification of diseases 10th revision]. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=mkbc> (data obrashcheniya: 27.12.2023). (in Russian).
33. Jacobi G. et al. Child abuse and neglect: diagnosis and management. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107(13): 231. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0231.
34. Dubowitz H., Pitts S.C., Black M.M. Measurement of three major subtypes of child neglect. Child Maltreatment. 2004; 9(4): 344–56. DOI: 10.1177/10775595042691918.
35. Welch G.L., Barbara L.B. Fatal child neglect: characteristics, causations, and strategies for prevention. Child Abuse Negl. 2013; 37(10): 745–52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.05.008.
36. Roberts G.M., Wheeler J.G., Tucker N.C. et al. Non-adherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. Pediatrics. 2004;114(3): e346–53.
37. Jenny C. Recognizing and Responding to Medical Neglect. Pediatrics. 2007; 6(120): 1385–9.
38. Dubowitz H. Neglect of children's health care / Myers J.E.B., Berliner L., Briere J., Jenny C., Hendrix C.T., Reid T. eds. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002: 269–92.
39. Dubowitz H., Bennett S. Physical abuse and neglect of children. The Lancet. 2007; 369(9576): 1891–9.
40. Ammerman R.T. et al. Consequences of physical abuse and neglect in children. Clin. Psychol. Rev. 1986; 6(4): 291–310.
41. Garbarino J., Guttman E., Seeley J.W. The psychologically battered child. San Francisco: Jossey-Bess; 1988.
42. Detskaya i podrostkovaya ginekologiya: rukovodstvo dlya vrachey. [Pediatric and adolescent gynecology: a guide for doctors]. Pod obshch. red. D.O. Ivanova, N.N. Rukhlyady. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2024. DOI: 10.33029/97704-7865-3-PAG-2024-1-464. (in Russian).
43. Samoylichenko A.N. Sudebno-meditsinskaya gime-nologiya. [Forensic medical hymenology]. Surgut: Defis Publ.; 2001. (in Russian).
44. Pigolkin Yu.I., Dmitriyeva O.A., Shchitov N.G., Deryagin G.B. Seksual'noye nasiliye: teorii, podkhody i metody issledovaniya. [Sexual violence: theories, approaches and research methods]. Moskva: MIA Publ.; 2008. (in Russian).

45. Gavril A.R., Kellog N.D., Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*. 2012; 129(2): 282–9.
46. Hilden M., Schei B., Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci. Int.* 2005; 154(3–4): 200–5.
47. Krivokhat'ko A.A. Otsenka ekstragenital'nykh povrezhdeniy u detey zhenskogo pola pri seksual'nom nasilii. [Assessment of extragenital injuries in female children due to sexual abuse]. *Sudebnaya meditsina*. 2020; 6(2): 35–40. DOI: 10.19048/2411-8729-2020-6-2-35-40. (in Russian).
48. Modelli M.E.S., Galvão M.F., Pratesi R. Child sexual abuse. *Forensic science international*. 2012; 217(1–3): 1–4. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.08.006.
49. Dmitriyeva O.A. Sovershenstvovaniye sudebno-meditsinskikh metodov diagnostiki byvshego polovogo snosheniya po delam ob iznasilovanii. [Improving forensic medical methods for diagnosing former sexual intercourse in cases of rape]. *Dis. ... kand. med. nauk*. Vladivostok; 2000. (in Russian).
50. Zinov'yeva N.O., Mikhaylova N.F. Psikhologiya i psikhoterapiya nasiliya. Rebenok v krizisnoy situatsii. [Psychology and psychotherapy of violence. A child in a crisis situation]. Sankt-Peterburg: Rech' Publ.; 2003. (in Russian).
51. Lebedinskiy V.V. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste. [Mental development disorders in childhood]. *Ucheb. posobiye dlya stud. psikholog. fak-tov vyssh. ucheb. zavedeniy*. Moskva: Akademiya Publ.; 2003. (in Russian).
52. Kayuda G.P., Lukovtseva Z.V., Gayamova S.Yu. Zhestokoye obrashcheniye s nesovershennoletnimi: identifikatsiya i otsenka psikhologicheskikh posledstviy. [Juvenile maltreatment: Identification and assessment of psychological consequences]. *Metod. posobiye*. Moskva: Sputnik+ Publ.; 2007. (in Russian).
53. Zadarnovskiy A.L., Solodun Yu.V. Ustanovleniye psikhosomaticeskikh rasstroystv u zhertv nasiliya v sem'ye pri proizvodstve sudebno-meditsinskoy ekspertizy. [Determination of psychosomatic disorders in victims of domestic violence during forensic medical examination]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2009; 3: 91–3. (in Russian).
54. Kurzin L.M., Yefimov A.A., Lazareva Ye.N. Sindrom zhestokogo obrashcheniya s rebenkom. [Child abuse syndrome]. *Sudebno-meditsinskiye aspekty. Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Yestestvennyye i tekhnicheskiye nauki*. 2014; 2: 753–7. (in Russian).
55. Koval'chuk V.I., Iodkovskiy M. Sindrom zhestokogo obrashcheniya s rebenkom (SZHO). [Child abuse syndrome (CAS)]. *Zhurnal Grodnenskogo GMU*. 2005; 3(11): 161–2. (in Russian).
56. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain — a review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000; 41(1): 97–116. DOI: 10.1017/S0021963099004990.
57. Reith W., Yilmaz U., Kraus C. Shaken baby syndrome. *Radiologe*. 2016; 5: 424–31. DOI: 10.1007/s00117-016-0106-x.
58. Norman R.E., Byambaa M., De R., Butchart A. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012; 9(11): e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.
59. Trickett P.K., McBride-Chang C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental review*. 1995; 15(3): 311–37. DOI: 10.1006/drev.1995.1012.
60. Kelley M.L., Lawrence H.R., Milletich R.R. et al. Modeling risk for child abuse and harsh parenting in families with depressed and substance-abusing parents. *Child Abuse Negl*. 2015; 43: 42–52. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.01.017.
61. Dinkler L., Lundström S., Gajwani R. et al. Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2017; 58(6): 691–701. DOI: 10.1111/jcpp.12682.
62. Curran E., Adamson G., Stringer M. et al. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3.
63. Staton-Tindall M., Sprang G., Clark J et al. Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. *J. Social Work Practice Addict*. 2013; 13: 6–31. DOI: 10.1080/1533256X.2013.752272.
64. Popova A.V., Timchenko G.P. O neobkhodimosti kompleksnogo podkhoda pri obsledovanii zhertv seksual'nykh prestupleniy. [On the need for an integrated approach when examining victims of sexual crimes]. *Aktual'nyye voprosy teorii i praktiki sudebnoy meditsiny*. Sankt-Peterburg; 1995: 88–9. (in Russian).
65. Yoshihama M., Horrocks J., Kamano S. The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama, Japan. *Am. J. Public Health*. 2009; 99(4): 647–53.
66. Isayev D.N. Emotsional'nyy stress. Psikhosomaticheskiye i somatopsikhicheskiye rasstroystva u detey. [Emotional stress. Psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. Sankt-Peterburg: Rech' Publ.; 2005. (in Russian).
67. Men'shikova Ye.S. Zhestokoye obrashcheniye s det'mi i yego vozmozhnyye otdalennyye posledstviya. [Child abuse and its possible long-term consequences]. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1993; 14(6): 110–8. (in Russian).

68. Liu J., Fang Y., Gong J. et al. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2017; 220: 147–55. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.060.
69. Macdonald G., Higgins J.P.T., Ramchandani P. et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012; (5): CD001930. DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub3.
70. Hinduja S., Patchin J.W. Cultivating youth resilience to prevent bullying and cyberbullying victimization. *Child. Abuse Negl.* 2017; 73: 51–62. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.09.0104.
71. Reith W., Yilmaz U., Kraus C. Shaken baby syndrome. *Radiologe.* 2016; 5: 424–31. DOI: 10.1007/s00117-016-0106-x.
72. Zelinskaya D.I. Smertnost' detey ot vneshnikh prichin i sindrom zhestokogo obrashcheniya. [Mortality of children from external causes and abuse syndrome]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii.* 2011; 56(1): 4–7. (in Russian).
73. Fisenko A.P., Timofeyeva A.G., Terletsкая R.N. i dr. Smertnost' detskogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii ot vneshnikh prichin. [Mortality of the child population of the Russian Federation from external causes]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal.* 2020; 23(2): 116–25. DOI: 10.18821/1560-9561-2020-23-2-116-125. (in Russian).
74. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 17.05.12 g. № 565n «Ob utverzhdenii Poryadka informirovaniya meditsinskimi organizatsiyami organov vnutrennikh del o postuplenii patsiyentov, v otnoshenii kotorykh imeyutsya dostatochnyye osnovaniya polagat', chto vred ikh zdorov'yu prichinen v rezul'tate protivopравnykh deystviy». [“On approval of the Procedure for informing internal affairs bodies by medical organizations about the admission of patients in respect of whom there are sufficient grounds to believe that harm to their health was caused as a result of illegal actions”]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70107984/> (accessed: 27.12.2023). (in Russian).