



Культурные контексты здоровья и благополучия

Сборник статей
участников проекта
№ 1

Ведущий автор
Jessica Frances Marais

Соавторы
Olga Kazakova,
Dzmitry Krupchanka,
Orest Suvalo, Felicity Thomas

Понимание и работа с ранней детской травмой в Беларуси и Украине



Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро



ІНСТИТУТ
ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Культурные контексты здоровья и благополучия

Сборник статей
участников проекта
№ 1

Ведущий автор
Jessica Frances Marais

Соавторы
Olga Kazakova,
Dzmitry Krupchanka,
Orest Suvalo, Felicity Thomas

Понимание и работа с ранней детской травмой в Беларуси и Украине



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

АННОТАЦИЯ

В 2018 г. и в начале 2019 г. проект Европейского регионального бюро ВОЗ «Культурные контексты здоровья и благополучия» совместно с Сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам культуры и здоровья при Эксетерском университете, Минским областным клиническим центром «Психиатрия – наркология» и Институтом психического здоровья Украинского католического университета привлекал исследователей, практикующих врачей, работников здравоохранения и других соответствующих заинтересованных лиц к проведению серии семинаров по культурным контекстам ранней детской травмы в Беларуси и Украине. Эта инициатива была основана на предыдущей совместной работе по поддержке развития психолого-психиатрической помощи с учетом культурных особенностей в Центральной и Восточной Европе. В настоящем докладе содержание семинаров отражено в виде сборника статей их участников, в которых освещаются ключевые культурные контексты и возможности для создания более благоприятной и здоровой среды развития молодежи в Беларуси и Украине. В докладе подчеркивается важная роль субъективных форм фактических данных в рамках культурно детализированных подходов к укреплению здоровья и благополучия, а также ставится цель расширить дальнейший интерес к данной теме и возможности для сотрудничества в исследовании этой недостаточно изученной области психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES

MENTAL HEALTH

CULTURE

PUBLIC HEALTH

NARRATIVE MEDICINE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
**Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/.PubRequest?language=Russian>

ISBN 978 92 890 55062

© Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Marais J. F., Казакова О., Krupchanka D., Сувало О., Thomas F. Понимание и работа с ранней детской травмой в Беларуси и Украине [Marais JF, Kazakova O, Krupchanka D, Suvalo O, Thomas F. Understanding and building resilience to early life trauma in Belarus and Ukraine]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>. Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

В настоящей публикации представлено коллективное мнение международной группы экспертов, которое может не отражать решений или официальной политики ВОЗ.

Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Настоящий сборник статей составлен Европейским региональным бюро ВОЗ. Координацию разработки осуществляла группа по фактическим данным о здоровье и благополучии в контексте, входящая в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, в том числе Nils Fietje (научный сотрудник) и Andrea Scheel (консультант).

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящая публикация является результатом совместной работы Сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам культуры и здоровья при Эксетерском университете (Соединенное Королевство), Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология» (Беларусь), Института психического здоровья Украинского католического университета (Украина) и Европейского регионального бюро ВОЗ. Партнеры выражают признательность всем тем, кто внес вклад в подготовку настоящего доклада и семинаров, положенных в его основу. Особую благодарность выражаем лицам, оказавшим помощь в организации, осуществлении перевода и ведении протокола во время семинаров: Алексею Александрову (главному врачу Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология», Беларусь), Людмиле Бутер (бывшему главному врачу Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология»), Марии Данилишиной (врачу-психиатру Львовской областной клинической психиатрической больницы, Украина), Софии Гречух (врачу-психиатру Львовской областной клинической психиатрической больницы), Anna Kagstrom (заведующей отделением психического здоровья детей и подростков, Национальный институт психического здоровья, Чехия), Екатерине Катаргиной (врачу-психиатру, заведующей отделением Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология») и Юлии Стрельбицкой (администратору Института психического здоровья, Украинский католический университет). Мы также благодарим коллег из Регионального бюро, которые редактировали черновые варианты настоящего доклада, в том числе Daniel Chisholm (руководителя программы сектора психического здоровья и психических расстройств, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни), Jarno Habicht (представителя ВОЗ и руководителя странового офиса ВОЗ, Украина) и Валентина Русовича (координатора программ по общественному здоровью странового офиса ВОЗ, Беларусь). Самую большую и искреннюю благодарность партнеры хотели бы выразить участникам проекта, которые нашли возможность поделиться своим опытом работы с ранними детскими травмами в приведенных ниже статьях. Проведение семинаров и публикация настоящего сборника статей были осуществлены благодаря щедрой финансовой поддержке Совета по медицинским исследованиям Соединенного Королевства и фонда Wellcome Trust.

АВТОРЫ

Основной автор

Jessica Frances Marais, независимый консультант, Канада

Соавторы

Ольга Казакова, заведующая психиатрическим отделением № 2 Городского клинического психиатрического диспансера г. Минск, Беларусь

Dzmitry Krupchanka, специалист здравоохранения, сектор по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами, Департамент по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, ВОЗ, Швейцария

Орест Сувало, координатор проектов и программ, Институт психического здоровья Украинского католического университета, Украина

Felicity Thomas, старший научный сотрудник центра Wellcome по изучению культур и условий здоровья; содиректор Сотрудничающего центра ВОЗ по культуре и здоровью, Эксетерский университет, Соединенное Королевство

Авторы статей – участники проекта

Станислав Борисов, юрист, Украина

Александр Бойко, священник, Храм святой праведной Софии Слуцкой, Беларусь

Лидия Боженко, методист, учебно-методический центр образования; руководитель психологической службы, Управление образования г. Львов, Украина

Анжела Кигичак-Борщевская, детский психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии и психотерапии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого; национальный тренер проекта «Детство без насилия», Украина

Игорь Козанкевич, священник, Украинская греко-католическая церковь; руководитель движения «За трезвость жизни»; директор благотворительной организации «Каритас» (Самборско-Дрогобычская епархия); руководитель реабилитационного центра «Назарет», Украина

Юлиана Маслак, детский психиатр и психотерапевт, центр «Круг семьи», Украина

Наталья Масюкевич, психолог, Городской центр психолого-педагогической помощи, Минский государственный дворец детей и молодежи, Беларусь

Анна Савицкая, психотерапевт, психиатрическое диспансерное отделение, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», Беларусь

Ирина Шмак, руководитель социального центра «Счастливый малыш», «SOS – детские деревни», Беларусь

Марина Тихоновец, врач-педиатр, заместитель директора, Минская областная детская клиническая больница, Беларусь

Маргарита Тулуп, журналист, Украина

Benedetta Ubertazzi, адвокат; профессор юридического факультета Миланского университета Бикокка; координатор и оценщик по вопросам нематериального культурного наследия, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Италия

Содержание

Краткий обзор.....	1
1. Введение. Ранняя детская травма в Центральной и Восточной Европе.....	4
1.1. Серия семинаров по ранней детской травме в Украине и Беларуси	5
2. Обзорная информация о ранней детской травме в Беларуси и Украине.....	8
2.1. Беларусь.....	8
2.2. Украина.....	10
3. Взгляды на ситуацию в Беларуси	13
3.1. Поддержка оказания жизненно важных услуг неправительственными организациями	13
3.2. Православная психология: формирование сетей поддержки для лиц, переживших раннюю детскую травму ..	16
3.3. Понимание роли педиатров в выявлении и принятии ответных мер в отношении ранней детской травмы.....	19
3.4. Гармонизация образовательных и психологических ресурсов для детей и подростков.....	22
3.5. Расширение профессиональной подготовки и сотрудничества в целях улучшения диагностики и обеспечения непрерывности медицинской помощи.....	26
4. Взгляды на ситуацию в Украине.....	31
4.1. Устранение правовых барьеров, препятствующих расширению доступа к медицинской помощи	31

4.2. Дестигматизация психолого-психиатрической помощи в местных сообществах.....	34
4.3. Нарращивание потенциала школ для выявления и принятия ответных мер в отношении ранней детской травмы.....	37
4.4. Укрепление этических норм журналистов, освещающих тему травмы.....	39
4.5. Разрушение норм злоупотребления алкоголем в целях повышения жизнестойкости местных сообществ.....	43
4.6. Защита прав детей в правовой системе	46
5. Выводы.....	51
5.1. Культурные контексты ранней детской травмы	51
5.2. Формирование устойчивости: рекомендации для разработчиков политики, организаций и местных сообществ	53
5.3. На пути к культуре сотрудничества	58
Библиография.....	59
Приложение 1. Список участников серии семинаров	67

Краткий обзор

Высокий уровень распространенности ранней детской травмы в Беларуси и Украине широко ассоциируется со значительными социальными, политическими, экономическими и экологическими потрясениями, происходившими в Центральной и Восточной Европе на протяжении последних трех десятилетий. Как известно, ранняя детская травма является одним из ключевых детерминантов, определяющих здоровье и благополучие человека на протяжении всей жизни; при этом в обеих странах отмечается один из самых высоких в мире уровней самоубийств и злоупотребления психоактивными веществами среди молодежи и взрослых. Тем не менее до настоящего момента подробный анализ социокультурных контекстов, в которых происходит переживание, осмысление и принятие ответных мер в отношении подобной травмы, практически не проводился.

В 2018 г. и в начале 2019 г. проект Европейского регионального бюро ВОЗ «Культурные контексты здоровья и благополучия» совместно с сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам культуры и здоровья при Эксетерском университете, Минским областным клиническим центром «Психиатрия – наркология» и Институтом психического здоровья Украинского католического университета привлекал исследователей, практикующих врачей, работников здравоохранения и других соответствующих заинтересованных лиц к проведению серии из трех семинаров по культурным контекстам ранней детской травмы и оказания психолого-психиатрической помощи в Беларуси и Украине. Семинары опирались на предыдущую совместную работу по поддержке развития психолого-психиатрической помощи с учетом культурных особенностей в Центральной и Восточной Европе и ставили перед собой следующие задачи:

- оказать ключевым заинтересованным сторонам и поставщикам услуг поддержку в целях лучшего понимания причин ранней детской травмы и видов взаимодействия между множественными травмами, приводящего к повышению риска возникновения психических заболеваний, злоупотребления психоактивными веществами и самоубийств;

- определить факторы и механизмы, способствующие повышению устойчивости к негативным воздействиям среди лиц, пострадавших от ранней детской травмы;
- сформировать сеть практикующих врачей и заинтересованных сторон, которая будет заниматься поиском общих целей, объединением междисциплинарных данных, а также обменом опытом и передовой практикой между странами.

Настоящий доклад отражает содержание семинаров в форме статей, написанных рядом участников. Участники описывают общую ситуацию, касающуюся ранней детской травмы и существующую в областях их деятельности, а также культурные контексты – те традиции, верования, культурные нормы, подходы, ценности, практики работы и законодательные рамки, которые усиливают или ослабляют устойчивость к негативным воздействиям. Приведенные ниже статьи подтверждают, что разнообразные установки, различные ожидания и неоднозначный опыт получения травмы, переживания психических заболеваний и получения психолого-психиатрической помощи препятствуют достижению постоянного уровня эффективной и расширяющей возможности человека помощи в Беларуси и Украине. В статьях также рассказывается о возможностях формирования более благоприятных условий, позволяющих укрепить здоровье молодежи в различных секторах общества. В целом эти статьи позволили выявить три ключевых фактора, способствующих позитивным изменениям:

- **основанное на фактических данных обучение и профессиональная подготовка** в области профилактики, выявления и принятия ответных мер в отношении ранней детской травмы;
- **четкое распределение функций, алгоритмов и каналов взаимодействия между секторами** для активизации и направления процесса принятия ответных мер в отношении ранней детской травмы;
- **межсекторальные партнерства и сети**, используемые для мобилизации ресурсов, смягчения эффекта выгорания в среде практикующих врачей и создания непрерывного цикла поддержки и лечения в рамках местных сообществ.

На примере данных статей в докладе подчеркивается важная роль субъективных форм фактических данных в рамках культурно детализированных подходов к укреплению здоровья и благополучия. Несмотря на то что субъективные взгляды, представленные в этих материалах, не всегда отражают позицию ВОЗ, они обогащают фактологическую базу и помогают более эффективно выявлять и удовлетворять потребности различных групп. В заключительной части доклада приводится перечень рекомендаций, адресованных разработчикам политики, организациям и сообществам и направленных на мобилизацию культурных факторов для позитивного воздействия на ценности общества и содействия реформам. Общая цель доклада заключается в том, чтобы расширить дальнейший интерес к данной теме и возможности для сотрудничества в исследовании этой недостаточно изученной области психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ, в том числе увеличить количество платформ для обмена опытом.

1. Введение. Ранняя детская травма в Центральной и Восточной Европе

Согласно данным исследования «Глобальное бремя болезней» (1), бремя психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков и других веществ, в странах Центральной и Восточной Европы является одним из самых высоких в мире. Анализ индикаторов, особенно тех, которые характеризуют потерянные годы жизни, свидетельствует о том, что в этом регионе наблюдается один из наиболее высоких в мире уровней смертности среди людей с психическими и неврологическими расстройствами (2). В ряде прозвучавших в последнее время призывов к действиям подчеркивается срочная необходимость повысить качество медицинской помощи и расширить масштабы мероприятий по охране психического здоровья и благополучия людей в Центральной и Восточной Европе (3, 4).

Как известно, ранняя детская травма, вызванная жестоким обращением, социальной дезадаптацией родителей, утратой близких, болезнью или нищетой – особенно в первые пять лет жизни, которые являются критическим периодом развития ребенка, – это ключевой фактор, определяющий психическое здоровье и благополучие человека на протяжении всей жизни. В литературе описывается влияние ранней детской травмы на развитие мозга и ее связь с настроением, поведенческими и тревожными расстройствами, а также злоупотреблением психоактивными веществами и самоубийствами (5–10). Согласно данным Всемирной инициативы по обследованию психического здоровья, 30% всех психических расстройств у взрослых связаны с неблагоприятными событиями в детстве (7).

В связи с этим мероприятия, направленные на профилактику и лечение психических расстройств, должны включать меры по сокращению количества травмирующих событий в детстве, расширению посттравматической поддержки детей и подростков и повышению общей устойчивости этих уязвимых групп к негативным воздействиям (11, 12). Позитивное влияние подобных вмешательств на здоровье и благополучие сообществ также может способствовать сокращению расходов для общества в целом (13, 14).

В настоящее время страны Центральной и Восточной Европы проводят реформирование своих систем психолого-психиатрической помощи и выполняют обязательства по соблюдению Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (15). Тем не менее разнообразные установки, различные ожидания и неоднозначный опыт получения травмы, переживания психических заболеваний и получения психолого-психиатрической помощи препятствуют достижению постоянного уровня эффективной и расширяющей возможности человека помощи для всех. Даже при наличии качественной медицинской помощи молодежь и взрослые, пережившие раннюю детскую травму, могут не воспользоваться преимуществами подобной помощи из-за глубоко укоренившейся стигматизации (16).

Чтобы обеспечить процессу реформ максимальные шансы на успех, необходимо детальное понимание культурных контекстов, определяющих восприятие, нормы и формы поведения, которое охватывало бы различные сектора и привлекало общество в целом к формированию устойчивости перед воздействием ранней детской травмы.

1.1. Серия семинаров по ранней детской травме в Украине и Беларуси

Высокий уровень распространенности ранней детской травмы, злоупотребления психоактивными веществами и самоубийств в Беларуси и Украине широко ассоциируется со значительными социальными, политическими, экономическими и экологическими потрясениями, происходившими в Центральной и Восточной Европе на протяжении последних трех десятилетий. Тем не менее до настоящего момента подробный анализ социокультурных контекстов, в которых происходит переживание, осмысление и принятие ответных мер в отношении подобной травмы, практически не проводился.

В качестве одной из мер реагирования проект Европейского регионального бюро ВОЗ «Культурные контексты здоровья и благополучия» совместно с сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам культуры и здоровья при Эксетерском университете, Минским областным клиническим центром «Психиатрия – наркология» и Институтом психического здоровья Украинского

католического университета привлекал исследователей, практикующих врачей, работников здравоохранения и других соответствующих заинтересованных лиц, таких как пациенты и лица, осуществляющие уход за ними, к проведению серии семинаров по культурным контекстам ранней детской травмы и оказания психолого-психиатрической помощи в Беларуси и Украине (список участников см. в приложении 1). Серия семинаров, основанных на проведенной ВОЗ и партнерскими организациями совместной работе по поддержке развития психолого-психиатрической помощи с учетом культурных особенностей, важнейшей частью которой стал двухдневный междисциплинарный семинар по вопросам культуры и реформы психолого-психиатрической помощи в Центральной и Восточной Европе, прошла в октябре 2017 г. в Клецанах, Чехия (16). Задачи семинаров заключались в следующем:

- оказать ключевым заинтересованным сторонам и поставщикам услуг поддержку в целях лучшего понимания причин ранней детской травмы и видов взаимодействия между множественными травмами, приводящего к повышению риска возникновения психических заболеваний, злоупотребления психоактивными веществами и самоубийств;
- определить факторы и механизмы, способствующие повышению устойчивости к негативным воздействиям среди лиц, пострадавших от ранней детской травмы;
- сформировать сеть практикующих врачей и заинтересованных сторон, которая будет заниматься поиском общих целей, объединением междисциплинарных данных, а также обменом опытом и передовой практикой между странами.

Проект включал в себя создание веб-сайта для объединения людей, вовлеченных в работу с ранней детской травмой, и привлечения внимания к тематическим мероприятиям в регионе Восточной Европы и за его пределами. На сайте представлены все материалы трех семинаров¹.

Первый семинар состоялся в июне 2018 г. в Минске (Беларусь). Его задачей была консолидация представлений о причинах ранней детской травмы и опыта принятия ответных мер с биомедицинской, социальной и культурной точек зрения,

¹ С веб-сайтом проекта можно ознакомиться по адресу: <http://earlylifetrauma.info>.

накопленного различными группами (разработчиками политики, учеными, членами гражданского общества, пользователями и поставщиками услуг). Участники семинара изучили способы осмысления и измерения ранней детской травмы в различных секторах в Беларуси и Украине, влияние культурных установок на соответствующую государственную политику, воздействие стигматизации как препятствия для получения помощи, а также конкретные культурные факторы, которые могут быть использованы для содействия реформам, улучшения взаимодействия и позитивного влияния на позицию общества.

На втором семинаре, состоявшемся в октябре 2018 г. во Львове (Украина), было углублено понимание взаимных пересечений между психическим и физическим здоровьем, для чего были изучены связи между ранней детской травмой, злоупотреблением психоактивными веществами и самоубийствами. Участники семинара проанализировали определения и представления о злоупотреблении психоактивными веществами и самоубийствах в Беларуси и Украине, включая их представленность в массовой культуре и средствах массовой информации, а также обсудили ключевые области исследований и вмешательств.

На третьем, заключительном семинаре, состоявшемся в январе 2019 г. в Минске, были обобщены выводы предыдущих сессий, что позволило выявить передовую практику и возможности для повышения устойчивости к ранней детской травме в Центральной и Восточной Европе.

Каждый семинар включал в себя тематические презентации, в ходе которых специалисты делились информацией о своей работе и обсуждали возможности более тесного сотрудничества. Настоящий доклад отражает содержание этих презентаций в форме статей, написанных рядом участников. Каждая из этих статей описывает общую ситуацию, касающуюся ранней детской травмы и существующую в областях деятельности участников, а также культурные контексты – те традиции, верования, культурные нормы, подходы, ценности, практики работы и законодательные рамки, которые усиливают или ослабляют устойчивость к негативным воздействиям.

Статьи подтверждают, что многие пересекающиеся социокультурные факторы затрудняют или подрывают усилия

по профилактике, выявлению и принятию ответных мер в отношении ранней детской травмы в Беларуси и Украине. Однако они также освещают обнадеживающие достижения и рассказывают о ключевых возможностях воздействия на культурные контексты с помощью таких средств, как просвещение, стратегии взаимодействия и формирование сетей. В заключительной части доклада приводится ряд выводов из статей и состоявшихся в ходе семинаров дискуссий, которые адресованы разработчикам политики, организациям и сообществам, стремящимся обеспечить позитивное воздействие на ценности общества и содействие реформам.

2. Обзорная информация о ранней детской травме в Беларуси и Украине

2.1. Беларусь

Почти каждая семья в Беларуси пережила в XX веке ряд серьезных травматических событий. Например, в ходе Второй мировой войны погибла четверть населения страны (17), а распад Советского Союза в 1990-е годы спровоцировал тяжелый экономический кризис. Эти потери и лишения отразились на целых поколениях белорусских детей и продолжают негативно сказываться на здоровье и благополучии населения.

Как уже отмечалось в предыдущем разделе, травматические события в детстве могут приводить к возникновению в дальнейшей жизни проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, асоциальным и суицидальным поведением и другими психическими и соматическими расстройствами (5–10, 18–22). К 2003 г. количество самоубийств в Беларуси выросло до 35,1 на 100 тыс. населения (23), что значительно превысило среднемировой показатель 2003 г., равный 12,9 на 100 тыс. человек (24). Согласно *Глобальному докладу ВОЗ о положении дел в области алкоголя и здоровья* за 2018 г., 40% взрослого мужского населения Беларуси эпизодически употребляют алкоголь в больших количествах, более одной трети имеют расстройства, связанные с употреблением алкоголя, а одна

пятая испытывает алкогольную зависимость; эти цифры примерно в 4–5 раз превышают средний европейский показатель (25).

В неопубликованном правительственном докладе указано, что по состоянию на конец 2018 г. Количество белорусских детей, находящихся под наблюдением психиатра по поводу злоупотребления алкоголем или наркотиками, составило 15 187 человек. В 2017 г. количество совершенных детьми преступлений составило 1716 эпизодов, или 3,6 на 100 тыс. детей (26). Количество преступных посягательств *против* детей сократилось с 8817 в 2016 г. до 8090 в 2018 г. (27). Постоянное занижение данных о насилии в отношении детей означает, что фактические цифры могут оказаться еще выше. По данным исследования, проведенного Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) в 2015 г., половина белорусских детей подвергалась физическому или психологическому насилию в школах, а 18,4% учеников 5–7-х классов и 26,2% учеников 8–11-х классов подвергались семейно-бытовому насилию (27). Дети-инвалиды и подростки-инвалиды в Беларуси в особенно высокой степени подвержены угрозе нищеты, социального отчуждения и жестокого обращения (28).

В настоящее время в стране ведется дискуссия в отношении законов о борьбе с семейно-бытовым насилием, однако белорусское общество пока не достигло консенсуса в этой области. Подобное отсутствие консенсуса выражается в том, что почти треть специалистов, работающих с психологически травмированными детьми, проявляют высокую терпимость к насильственным формам дисциплинарного воздействия и готовность оправдывать их применение (27). По состоянию на 2015 г. две трети специалистов, работающих с семьями и детьми, не имели подготовки в области работы с детьми, подвергшимися насилию (27). Современное законодательство о наложении на агрессивного супруга запрета на проживание в доме еще не принято (29).

В последнее десятилетие социально-экономическая ситуация в Беларуси оставалась относительно стабильной, поэтому как правительственные, так и неправительственные организации активизировали деятельность по борьбе с последствиями подобных травм среди населения. Различные учреждения изучают и решают проблему ранней детской травмы, в основном анализируя ее причины, среди которых семейно-бытовое насилие

или разлучение детей с семьями. Несколько правительственных и неправительственных организаций предоставляют консультации и временное жилье жертвам семейно-бытового насилия, однако количество этих организаций, особенно в провинциальных городах, невелико.

В рамках процесса реформирования системы психолого-психиатрической помощи в Беларуси начался переход от государственных детских домов и приютов к системе, основанной на приемных семьях или детских домах семейного типа. За период с 2010 по 2017 г. количество учреждений для детей в возрасте от 3 до 18 лет сократилось с 32 до 17, а количество детей и подростков, проживающих в детских домах семейного типа, за тот же период выросло с 956 до 1885 (30). Эти изменения можно рассматривать как положительные шаги в области государственной поддержки детей с ранней детской травмой.

Еще одним положительным шагом стало недавно начатое осуществление ряда инициатив государственного сектора в области ранней детской травмы, включающих новые образовательные программы по ранней детской травме для педиатров и психологов, часть которых реализуется при поддержке ЮНИСЕФ. Тем не менее оказываемая в этой области поддержка по-прежнему носит ограниченный характер, а количество неправительственных организаций, предоставляющих дополнительную помощь, остается недостаточным. Для активизации изменений к лучшему в Беларуси крайне важно предпринимать постоянные усилия по повышению осведомленности общества о причинах и серьезных последствиях ранней детской травмы, а также по дестигматизации психических заболеваний и психолого-психиатрической помощи.

2.2. Украина

На всем протяжении XX века Украина оставалась ареной для множества социальных катаклизмов. За Первой мировой войной последовала борьба Украины за независимость во время Гражданской войны (1917–1921 гг.), а фактический приход коммунистов к власти в 1930-е гг. сопровождался арестами, депортациями и казнями украинской интеллигенции. Количество жертв Голодомора, рукотворного голода 1932–1933 гг., оценивается

в 4,5 млн человек (3,9 млн погибших и 0,6 млн нерожденных) (31). Во время Второй мировой войны украинские евреи испытали весь ужас власти нацистов, столкнувшись с Холокостом. Еще больше травмировала общество депортация украинцев из Западной Украины и крымских татар после возвращения Крымского полуострова под власть Советов.

Эти последствия затронувшей несколько поколений травмы привели к изменениям на уровне отдельных людей и общества в целом. Террор, унижения, враждебность, жестокость, предательство, бесчестие, обман, двойные стандарты и преследования за инакомыслие – все это сформировало в украинских сообществах психологические и поведенческие модели, распространяющиеся на целые поколения. Коллективная гражданская пассивность, покорность, подавленность, чувство неполноценности, недоверие, страх и разрушение системы ценностей стали общими психологическими характеристиками посттоталитарных обществ, в том числе и Украины (32).

Исторически украинцы не имели возможности в достаточной мере проработать свои травмы из-за недоступности правдивой информации, запрета на обсуждение репрессий и недостаточно объективного анализа событий прошлого и их воздействия на людей. Каждое поколение несет в себе разнообразный груз не подвергнутых критическому восприятию и не залеченных психологических ран, которые не позволяют развивать свободную и уверенную личность и продуктивное общество (33). Использование психиатрии в качестве карательной меры для несогласных с политикой Советского Союза, которое практиковалось в 1960–1980-е гг., повлияло на отношение людей к сфере психолого-психиатрической помощи и привело к возникновению недоверия и страха обратиться за помощью (32, 34).

С момента обретения независимости в 1991 г. началось развитие гражданского общества и демократических процессов. Начавшаяся в ноябре 2013 г. «революция достоинства», известная также как Майдан, продемонстрировала наличие в стране активного гражданского общества. Последовавший за ней конфликт на востоке Украины заставил уделить более пристальное внимание вопросам психического здоровья и психологической травмы и способствовал формированию сообщества

специалистов-психиатров, работающих над связанными с травмой проблемами психического здоровья.

Вооруженный конфликт в восточных регионах Украины привел к значительным человеческим потерям, вызвал страдания большого количества людей, масштабное перемещение гражданского населения и разрушение объектов частной собственности и общественной инфраструктуры в Луганской и Донецкой областях. По официальным данным Министерства социальной политики Украины, в настоящее время в Украине насчитывается более 1,5 млн внутренне перемещенных лиц (35). Дети и подростки в восточной части страны, особенно проживающие во внутренне перемещенных семьях, страдают от двойной травмы, связанной как с пребыванием в регионе боевых действий, так и с адаптацией к новым условиям, включая прерванное школьное обучение. В ходе конфликтов на неподконтрольных правительству Украины территориях были повреждены 119 школ. Впоследствии около 54 900 детей и подростков были зачислены в школы, расположенные в более безопасных районах страны, однако они по-прежнему сталкиваются с постоянным отсутствием определенности и перспектив. Лишь 16% молодых людей смотрят в будущее с оптимизмом (36).

Проживающие на востоке Украины дети и подростки подвержены риску развития негативных стратегий снижения стресса, таких как злоупотребление алкоголем и наркотиками (37). Исследование Киевского международного института социологии показало, что курение воспринимают как «крутую» модель поведения 44% респондентов из числа молодежи, употребление легких наркотиков – 33%, употребление алкоголя – 31%, а агрессивное поведение – 54% (36). Согласно последнему исследованию «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), 10% 15-летних девочек и 18% 15-летних мальчиков в Украине употребляют алкоголь не реже одного раза в неделю (38). Наиболее распространенными проблемами поведения среди подростков в возрасте 13–18 лет являются синдром дефицита внимания и гиперактивности, страх и агрессия (36).

Последние данные по Украине, представленные ЮНИСЕФ, свидетельствуют о том, что в стране по-прежнему наблюдается значительное занижение показателей насилия в отношении

детей. Как и в Беларуси, некоторые формы бытового насилия в отношении детей воспринимаются как социальная норма. По данным опубликованного в 2018 г. доклада, 42% родителей считают допустимым эмоциональное насилие в отношении ребенка в педагогических целях, т. е. чтобы «преподать ему урок», а 14% допускают применение физической силы к ребенку в качестве дисциплинарной меры (39).

В настоящее время в Украине проводятся многочисленные реформы в различных сферах, многие из которых направлены на профилактику и преодоление ранней детской травмы и ее последствий. К их числу относятся деинституционализация детских домов и развитие семейных форм устройства детей, система испытательных сроков для подростков-правонарушителей в правоохранительном секторе, реформа образования и реформа здравоохранения, включая совершенствование системы психолого-психиатрической помощи. Гражданское общество и многочисленные неправительственные организации по всей стране ведут активную работу по профилактике ранней детской травмы и оказанию помощи пострадавшим, демонстрируя стремление к дальнейшему развитию и потенциал для этого.

3. Взгляды на ситуацию в Беларуси

3.1. Поддержка оказания жизненно важных услуг неправительственными организациями

Автор: Ирина Шмак, руководитель социального центра «Счастливый малыш», «SOS –детские деревни», Минск, Беларусь

После падения коммунистического строя и распада Советского Союза белорусское общество пережило глубокую культурную травму, последствия которой очевидны и сегодня. Поскольку в коммунистической системе абсолютный приоритет принадлежал государственным институтам, ее крах полностью дезориентировал общество, не привыкшее к самостоятельности и несению полной ответственности за свою социальную судьбу. Формирование независимой государственности стало для Беларуси новым опытом, поэтому национальные процессы

Фактические данные свидетельствуют о том, что традиционные религиозные ценности оказывают существенное влияние на менталитет белорусов, укрепляя представления о традиционной семье, родительском авторитете и доминирующей роли мужчин. Тем не менее в современном белорусском обществе также присутствуют развитые феминистские движения, которые активно выступают против семейно-бытового насилия и гендерной дискриминации.

2 К их числу относятся такие организации, как «Понимание», «SOS – детские деревни Беларусь», представительство Международного детского фонда в Беларуси, Белорусская ассоциация многодетных родителей, Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам, «Дети в беде», «Дети против насилия», «Дети Чернобыля», «Детство детям», «Семья», «Родительский дом», «Матери против наркотиков», Белорусский фонд милосердия и здоровья, Ассоциация семей детей-инвалидов и молодых инвалидов с детским церебральным параличом и спинно-мозговыми патологиями, а также детские благотворительные фонды «Прикосновение к жизни», «Белый аист» и «Шанс».

преобразований здесь сопровождаются многочисленными трудностями.

За последние два десятилетия религиозная принадлежность стала играть значительную роль в социально-политической жизни белорусского общества. Согласно исследованию Pew Research Center, 73% белорусов идентифицируют себя как православных христиан, 12% – как католиков, около 11% – как принадлежащих к другим конфессиям (без указания конкретной конфессии), около 3% – как атеистов, агностиков или нерелигиозных, а около 1% – как мусульман (40). Фактические данные свидетельствуют о том, что традиционные религиозные ценности оказывают существенное влияние на менталитет белорусов, укрепляя представления о традиционной семье, родительском авторитете и доминирующей роли мужчин. Тем не менее в современном белорусском обществе также присутствуют развитые феминистские движения, которые активно выступают против семейно-бытового насилия и гендерной дискриминации. Кроме того, поколения, родившиеся в 1990-е гг., после распада Советского Союза, воспринимают свое место в истории иначе – во многом благодаря присутствию в глобальном информационном пространстве.

В 1990-е гг. в Беларуси появились первые благотворительные неправительственные организации (НПО), оказывающие помощь детям². Эти НПО первыми привлекли внимание белорусской общественности к проблеме ранней детской травмы и к потребностям детей, подвергшихся психологической травме и физическому насилию или проживающих в государственных учреждениях. За прошедшее с тех пор время эта информационно-разъяснительная деятельность сформировала устойчивую государственную систему защиты детей, повысила спрос на частные услуги (психологи, юристы, группы самопомощи и т. д.), а также привела к созданию новых общественных организаций и инициатив, таких как осознанное родительство.

Сегодня белорусские НПО предоставляют различные формы помощи, начиная с консультаций, юридического сопровождения и практических занятий по вопросам здоровья и заканчивая бесплатным питанием, одеждой и жильем для людей, находящихся в кризисной ситуации. Руководствуясь передовыми методами и рекомендациями специалистов государственных учреждений,

они позволяют получить доступ к услугам и помощи все большему количеству детей. Тем не менее многие из этих НПО не могут в полной мере реализовать свой потенциал вследствие нехватки финансирования. С ранней детской травмой работают всего 5–10 активных организаций из числа НПО, и это число постоянно уменьшается. Особенно актуальна эта проблема в отношении НПО, напрямую помогающих детям из группы риска получения ранней детской травмы.

Важнейшими мероприятиями в этой области являются повышение осведомленности общества о ранней детской травме и снижение

Пример 1

Настю направил в социальный центр «Счастливый малыш» Партизанское районное управление внутренних дел г. Минска. Она была беременна, не имела жилья и документов и находилась на испытательном сроке. Согласно условиям испытательного срока Настя должна была проживать по месту регистрации, но у нее не было дома. Ночной приют, где она нашла временное пристанище, не решал эту проблему: на день из него необходимо было уходить, что зимой представляло опасность для Насти и ее ребенка. Главной потребностью Насти было жилье.*

С января 2017 г. Настя временно проживает в квартире для женщин с детьми организации «SOS – детские деревни». Она получила доступ к комплексному пакету услуг, включая финансовую поддержку, продукты питания, медицинские товары, предметы домашнего обихода, одежду и помощь от членов местного сообщества. Она регулярно участвует в практических занятиях по повышению финансовой грамотности и домоводству, а также в психологических и художественных мастер-классах. В свою очередь, в квартире Настя играет роль опытного родителя, помогая молодым мамам справиться с бытовыми проблемами и обучая их уходу за ребенком. Даже в кризисных ситуациях она остается спокойной и уравновешенной. Проживая в квартире, она соблюдает все инструкции и правила для жильцов.

Кроме того, с помощью специалистов и волонтеров социального центра, а также представителя Министерства внутренних дел Настя получила паспорт и свидетельство о рождении сына, оформила временную регистрацию для себя и ребенка и обратилась за государственной социальной поддержкой. Она не только ведет себя как ответственный родитель, но и значительно повысила свою социальную устойчивость и активность. Благодаря этой поддержке и собственной целеустремленности Настя смогла справиться со сложной жизненной ситуацией, которая стала следствием ее собственной ранней детской травмы: когда Насте было 13 лет, ее мать уехала на поиски работы, оставив ее в приюте. Настя сумела изменить эту модель поведения, снизив вероятность того, что ее ребенок пострадает от такой же травмы.

* Имя изменено.

Кроме того, столь необходимые усилия по разработке новых, основанных на ценностях ненасилия подходов к родительству со временем улучшат психическое здоровье и благополучие всего нашего общества.

существующего высокого уровня стигматизации, в том числе в отношении детей. Эти меры должны сочетаться с расширением государственной социальной и психологической поддержки лиц, пострадавших от ранней детской травмы, и наращиванием потенциала специалистов, работающих на местах. В целях более широкого осуществления права ребенка на семейную среду и смягчения последствий ранней детской травмы необходимо усиливать все виды помощи биологическим и патронатным/приемным семьям, включая финансовую и психологическую помощь, а также расширять программы профилактики сиротства. Кроме того, столь необходимые усилия по разработке новых, основанных на ценностях ненасилия подходов к родительству со временем улучшат психическое здоровье и благополучие всего нашего общества.

3.2. Православная психология: формирование сетей поддержки для лиц, переживших раннюю детскую травму

Автор: Александр Бойко, священник, Храм святой праведной Софии Слуцкой в Минске, Беларусь

Несмотря на то что Православная церковь отделена от государства, она поддерживает активные партнерские отношения с государственными органами и оказывает значительное влияние на население Беларуси. Значительная часть жителей страны разделяет христианские ценности и руководствуется ими в повседневной жизни.

Священнослужители часто сталкиваются с людьми, пережившими раннюю детскую травму, во время посещения детских домов и домов семей со сложными потребностями, а также в церкви, куда люди обращаются за помощью к Богу или за сочувствием – к общине. Так как церковь представляет собой духовное пристанище с богатым опытом и устоявшимися традициями оказания помощи людям с психологическими проблемами, иногда священники могут оказать необходимую поддержку, проповедуя прощение, принятие себя и веру в то, что Бог любит каждого человека и особенно милостив к страдающим и угнетенным.

Некоторые люди, страдающие психическими расстройствами, избегают профессиональной медицинской помощи, полагая, что их проблему решит только прямое божественное вмешательство, то есть чудо. Однако церковная традиция настаивает на том, что медицинское лечение и профессиональные знания являются важнейшими элементами оказания помощи.

Тем не менее зачастую инструменты, традиционно используемые церковью для оказания помощи людям с ранней детской травмой, оказываются недостаточными. Священникам может не хватать образования, подготовки, знаний и навыков для выявления ранней детской травмы и оказания надлежащей помощи. В большинстве своем священнослужители понимают, что в ситуациях, когда они не могут справиться самостоятельно, лучшее, что можно сделать, – это направить человека к соответствующим специалистам. Однако эти специалисты не всегда пользуются доверием населения (включая некоторых священнослужителей) из-за определенных заблуждений и стереотипов, до сих пор господствующих в нашей стране.

Кроме того, психические расстройства часто путают с духовными недугами несмотря на то, что христианская психология проводит между ними различие. В итоге христиане, пострадавшие от ранней детской травмы, могут попытаться облегчить свою боль с помощью средств, используемых для лечения духовных болезней, таких как усиленная молитва и строгий пост. В некоторых случаях психологическое напряжение, связанное с аскетическими практиками, может фактически лишь ухудшить ситуацию.

Эта проблема становится еще более серьезной, когда люди с определенными психологическими проблемами начинают проявлять невротический тип религиозности, который сосредоточен не на разговоре с Богом, а на непрерывном чтении молитв без осознания их духовной ценности и смысла. Они могут следовать неканоническому церковному фольклору, хотя традиционное учение церкви принципиально отличается от него.

Некоторые люди, страдающие психическими расстройствами, избегают профессиональной медицинской помощи, полагая, что их проблему решит только прямое божественное вмешательство, то есть чудо. Однако церковная традиция настаивает на том, что медицинское лечение и профессиональные знания являются важнейшими элементами оказания помощи. Яркие примеры этого единства представляют собой люди, которые практиковали искусство врачевания и в то же время достигли идеала праведности и святости (например, святой апостол Лука, великомученик Пантелеймон и святой Лука Войно-Ясенецкий). Священники могут оказать наиболее эффективную помощь людям, пострадавшим от ранней детской травмы, проявляя

к ним христианскую любовь, внимание и сочувствие, а также сотрудничая с православным психологом или психотерапевтом, который сочетает психологические инструменты с церковным подходом к проблеме.

Православная психология становится популярной и весьма востребованной. Она сочетает в себе достижения современной медицины и опыт церкви, которая долгое время была единственным местом, куда мог обратиться человек, страдающий психическим заболеванием. К сожалению, существующее сотрудничество между церковью и организациями/специалистами, занимающимися ранней детской травмой, трудно назвать всеобъемлющим. Между специалистами-психиатрами и православным духовенством сохраняется некоторое отчуждение.

Представляется полезной активизация усилий по интеграции этих социальных институтов путем проведения совместных лекций, семинаров и обмена опытом. Например, я организовал встречу наших прихожан с психотерапевтом, который в том числе работает с ранней детской травмой. Это практическое мероприятие выявило огромный потенциал для развития сотрудничества между церковью и представителями традиционной медицины.

Пример 2

В возрасте семи лет наша прихожанка София подверглась насилию со стороны мужчины и потеряла способность ходить. Еще больше усугубил травму тот факт, что ее семья была неблагополучной в течение многих лет, и поэтому девочка не получала надлежащей поддержки и заботы от своих родителей. Сейчас София уже достигла подросткового возраста. Она находит поддержку в церкви и среди прихожан, чутких к ее несчастью. Она также пользуется моральной поддержкой в форме исповеди, причастия, доверительных бесед и утешения от священников прихода. Кроме того, прихожане помогают ей решать проблемы, связанные с передвижением и финансами.*

Тем не менее подобной поддержки недостаточно для преодоления проблемы ранней детской травмы. София не желает обращаться к специалисту по психическим расстройствам, поэтому оказание ей системной поддержки оказывается невозможным. По моему мнению, София могла бы получать гораздо более эффективную помощь, если бы у прихода были отношения со специалистом в области психического здоровья, готовым сотрудничать с церковью.

* Имя изменено.

Крайне важно, чтобы педиатры и другие медицинские работники умели распознавать признаки жестокого обращения с детьми на ранних этапах, оценивать риск причинения вреда и выявлять последствия такого обращения.

Наши прихожане, пережившие раннюю детскую травму, проявили выраженный интерес к работе со специалистом, который является убежденным христианином и которому они могут доверить свои самые личные проблемы.

3.3. Понимание роли педиатров в выявлении и принятии ответных мер в отношении ранней детской травмы

*Автор: **Марина Тихоновец**, врач-педиатр, заместитель директора, Минская областная детская клиническая больница, Беларусь*

Медицинские работники, занимающиеся охраной здоровья детей, играют важную роль в жизни семьи, помогая молодым родителям надлежащим образом заботиться о детях, а детям – полностью развивать свой потенциал. Белорусская система ориентирована на амбулаторную помощь, а работа педиатров в ней организована по участковому принципу. Таким образом, основным специалистом, оказывающим медицинскую помощь детям в местной поликлинике, является участковый педиатр. Педиатр находится рядом с семьей в течение длительного времени, иногда наблюдая детей нескольких поколений, и заботится как о физических, так и о психологических аспектах их здоровья. Его или ее советы, рекомендации и ответы на вопросы помогают родителям чувствовать себя спокойно и уверенно, воспитывать здоровых и хорошо адаптированных к жизни детей.

Педиатры также помогают семьям справляться с трудными моментами и кризисными ситуациями. Они играют ключевую роль в выявлении и предотвращении ранней детской травмы в ходе посещений на дому и медицинских осмотров. Они начинают выявлять факторы риска, включая нищету, болезни, инвалидность, плохое жилье, безработицу, употребление алкоголя или наркотиков и насилие, еще до рождения ребенка и продолжают следить за ними на всем протяжении его взросления. Как правило, когда пренебрежение или насилие со стороны родителей представляет реальную угрозу для ребенка, педиатры замечают это первыми.

Крайне важно, чтобы педиатры и другие медицинские работники умели распознавать признаки жестокого обращения с детьми на ранних этапах, оценивать риск причинения вреда и выявлять

последствия такого обращения. Кафедра поликлинической педиатрии Медицинской академии последипломного образования при поддержке ЮНИСЕФ проводит серию тренингов по надомным посещениям для педиатров и детских медсестер, где они, в частности, учатся выявлять признаки ранней детской травмы.

Как агрессоры, так и жертвы зачастую тщательно скрывают неблагополучие в семье из страха наказания, непонимания степени тяжести ситуации, недоверия к поставщикам услуг и т. д. В таких случаях выявить жестокое обращение или пренебрежение помогают физические, эмоциональные и поведенческие признаки. Эти признаки не всегда очевидны, и их выявление требует внимательного общения как с детьми, так и с родителями.

Отталкиваясь от интересов ребенка, педиатры находят способы установить контакт с семьями, выслушать их, установить доверие, оказать медицинскую помощь и при необходимости

Пример 3

Медицинские работники одной из районных организаций здравоохранения наблюдали за семьей К., в которой насчитывалось девять детей в возрасте до 18 лет. Они осуществляли медицинское наблюдение за детьми в соответствии с постановлением № 96 Министерства здравоохранения «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации» и вели всю необходимую медицинскую документацию. Родители соблюдали все рекомендации по уходу за детьми и своевременно обращались за медицинской помощью в случае любого острого заболевания.

Полное клиническое обследование не давало оснований сомневаться в благополучии семьи. Однако во время надомного посещения одного из старших детей педиатр заметил у него необычное поведение: плохое настроение, низкую эмоциональную активность и апатию. Это побудило врача провести более тщательный медицинский осмотр и внимательно изучить историю болезни ребенка. Педиатр обнаружил на теле ребенка следы физического насилия и выявил признаки давнего семейного неблагополучия. Обнаружилось, что родители, будучи фанатичными членами религиозной секты, практиковали очень строгую систему воспитания детей, поддерживая суровую дисциплину телесными наказаниями и психологическим давлением за малейшее отклонение от семейных правил. Члены семьи тщательно скрывали это обстоятельство от общества, в результате чего их репутация никогда не подвергалась сомнению.

Благодаря тому, что педиатр сообщил об этой ситуации, порочный круг насилия в этой семье был успешно разорван. С детьми и их родителями была проведена комплексная профилактическая работа, что позволило улучшить ситуацию и сохранить семью.

дать направление в соответствующие службы. По каналам внутри- и межведомственного сотрудничества они могут оперативно оповещать о детях, находящихся в уязвимом положении, соответствующие заинтересованные стороны, в том числе специалистов по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, педагогов, психологов, социальных работников и сотрудников органов опеки.

Действия педиатров при выявлении психологического или физического насилия в отношении ребенка регулируются законодательством. В рамках своих официальных обязанностей педиатры должны строго следовать протоколу и в каждом конкретном случае взаимодействовать с руководящими группами и коллегами, а также с другими организациями, работающими в этой области. Подобное взаимодействие позволяет им оказывать своевременную помощь детям.

3.4. Гармонизация образовательных и психологических ресурсов для детей и подростков

Автор: Наталья Масюкевич, психолог Городского центра психолого-педагогической помощи, Минский государственный дворец детей и молодежи, Беларусь

Городской центр психолого-педагогической помощи существует с 1999 г. В настоящее время его штат состоит из шести психологов и супервизора. В начале года педагоги-психологи выявляют среди примерно 8 тыс. учеников Минского государственного дворца детей и молодежи лиц, которые могут нуждаться в дополнительной поддержке, – например, из неполных семей или с особенностями психофизического развития. В случае получения согласия психологи работают с этими детьми и подростками – организуют тренинги, проводят индивидуальные консультации и беседы, создают интерактивные площадки и содействуют разрешению конфликтов с учителями и родителями.

Центр также оказывает психологическую помощь молодым минчанам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. В соответствии с законом «Об оказании психологической помощи» любой родитель имеет право обратиться за помощью, предоставив описание проблемы своего ребенка. В этот момент или во время

Сложившаяся ситуация свидетельствует о том, что педагогам-психологам, работающим в образовательных учреждениях, зачастую не хватает базового уровня знаний о психологической травме, признаках, свидетельствующих о травматизации, последствиях травмы для психического здоровья и стратегиях организации медицинской помощи. В вузах студенты-медики овладевают основами оказания психологической помощи в кризисных ситуациях, но получать дополнительные знания в области ранней детской травмы им приходится за свой счет.

первой встречи запрос родителя уточняется, и центр предлагает ему соответствующую помощь. Если центр не может оказать помощь, его сотрудники направляют родителя в другое учебное или медицинское учреждение.

Кроме того, центр также реализует образовательные проекты для детей/подростков и их родителей, нацеленные на расширение психологических компетенций, решение проблем развития, сохранение и укрепление психофизического здоровья.

С самого открытия в центре наблюдается постоянный рост количества обращений за индивидуальной психологической помощью. Растет и доля этих запросов, связанных с ранней детской травмой: согласно аналитическому отчету за 2017–2018 гг., она составляет 23%. Педагоги-психологи проанализировали характер подобных жалоб и составили их рейтинг по частоте возникновения:

- 1) развод родителей;
- 2) семейно-бытовое насилие;
- 3) издевательства в школе;
- 4) внезапная смерть члена семьи;
- 5) разлука со значимым взрослым;
- 6) автомобильная авария;
- 7) потеря жилища (пожар, переезд из-за военных действий и т. д.);
- 8) инвалидность или тяжелое заболевание в семье.

Сложившаяся ситуация свидетельствует о том, что педагогам-психологам, работающим в образовательных учреждениях, зачастую не хватает базового уровня знаний о психологической травме, признаках, свидетельствующих о травматизации, последствиях травмы для психического здоровья и стратегиях организации медицинской помощи. В вузах студенты-медики овладевают основами оказания психологической помощи

в кризисных ситуациях, но получать дополнительные знания в области ранней детской травмы им приходится за свой счет. Особенно важно умение работать с ранней детской травмой при контактах с детьми, отличающимися асоциальным поведением или находящимися в группе риска. Как правило, в раннем возрасте эти дети пережили травматическое событие, которое нарушило их психосоциальное развитие и повлияло на весь жизненный путь.

Пример 4

Мать позвонила в центр, чтобы записаться на терапевтическую консультацию со своей девятилетней дочерью Дарьей, у которой появился навязчивый страх заболеть. Дарья – единственный ребенок в семье. Она питает устойчивую позитивную привязанность к родителям. Семья ведет активный образ жизни и отличается сплоченностью; ее члены проводят время вместе, делятся положительными эмоциями. Однако в последнее время Дарья стала более тревожной и плаксивой, начала измерять себе температуру по многу раз в день, у нее появилось навязчивое желание мыть руки и лицо, возникли проблемы со сном. Родители отметили, что у девочки проявилось не встречавшееся раньше ребячливое поведение и манера речи, характеризующаяся гримасничанием и изменением интонации, ритма и тона голоса.*

Во время консультации я выяснила, что три месяца назад, когда дедушка Дарьи приезжал к ним в гости, у него случился инфаркт. Я предположила, что критическая ситуация со здоровьем дедушки стала для девочки травмирующим событием, обострившим в ней страх смерти. Позже моя гипотеза подтвердилась. Ребенок прошел четыре индивидуальных сеанса терапии, а его родители – два. После четвертого индивидуального занятия девочка присоединилась к коррекционной группе, занятия которой проходят в центре. Задача этой группы – улучшить восприятие детьми мира эмоций, научить их реагировать на негативные чувства социально приемлемым способом, а также помочь им развить навыки самоконтроля. Дарья посетила семь занятий группы.

В данном случае успех обеспечили несколько ключевых факторов. Во-первых, родители обратились за помощью своевременно (через три недели после возникновения симптомов), были мотивированы, следовали рекомендациям педагога-психолога, сотрудничали с ним и разделяли ответственность за иницирование перемен. Во-вторых, по рекомендации они записались на прием к опытному психологу, специализирующемуся в соответствующей области. В-третьих, профессиональная подготовка в сфере ранней детской травмы позволила мне идентифицировать симптомы Дарьи как последствия неблагоприятного события, что помогло выявить травматический эпизод и рекомендовать порядок действий. В-четвертых, услуги были бесплатными, что имеет решающее значение для семей, находящихся в кризисной ситуации.

* Имя изменено.

Следует отметить, что оказание помощи травмированным детям требует не только профессиональных навыков, но и определенного уровня психоэмоционального самоконтроля. Напряженный характер некоторых видов деятельности в сочетании с нехваткой внимания и поддержки для самих специалистов может привести к эмоциональному выгоранию и большой текучести кадров.

Специалисты центра проводят семинары для педагогических коллективов, а также курсы по работе с психологической травмой. В целях расширения психологических познаний педагогов и укрепления способности распознавать признаки стрессовой ситуации они анализируют проблемные случаи. Эти мероприятия позволяют педагогам более эффективно оказывать помощь травмированным детям, инициировать действия, оказывающие положительное влияние на их благополучие, и не допускать или предотвращать действия, способные ухудшить ситуацию. Центр также сотрудничает с учреждениями здравоохранения и некоммерческими организациями, повышает квалификацию специалистов в области кризисной психологии и при необходимости предоставляет информацию клиентам.

Основные сложности в его работе связаны с вовлечением в различные виды деятельности нескольких участников (учителей, родителей, братьев и сестер разного возраста), а также с отсутствием у педагогов-психологов специальных знаний в области ранней детской травмы. В настоящее время только два из шести специалистов центра имеют опыт работы в этой сфере, а возможности для получения профессиональной подготовки необходимы всем сотрудникам. Важно, чтобы педагоги-психологи признавали ценность совместной работы и уделяли особое внимание разнообразным профилактическим мерам. Поскольку непосредственная работа с глубокими переживаниями, связанными с ранней детской травмой, занимает длительное время, полезным дополнением может оказаться решение сопутствующих вопросов (юридических, медицинских и т. д.) путем привлечения различных специалистов. Для улучшения работы с населением мы также должны обеспечить общедоступность информации об услугах, предоставляемых центром.

Следует отметить, что оказание помощи травмированным детям требует не только профессиональных навыков, но и определенного уровня психоэмоционального самоконтроля. Напряженный характер некоторых видов деятельности в сочетании с нехваткой внимания и поддержки для самих специалистов может привести к эмоциональному выгоранию и большой текучести кадров.

3.5. Расширение профессиональной подготовки и сотрудничества в целях улучшения диагностики и обеспечения непрерывности медицинской помощи

Автор: **Анна Савицкая**, психотерапевт психиатрического диспансерного отделения Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология», Беларусь

Являясь психотерапевтом психиатрического диспансерного отделения Минского областного клинического центра «Психиатрия – наркология», я работаю с детьми, подростками и взрослыми, обращающимися ко мне по направлению психиатра или самостоятельно. Основную часть моей работы составляет долгосрочная экзистенциальная психотерапия; кроме того, я провожу консультации, связанные с диагностикой и назначением медикаментозного лечения. В нашем клиническом центре работают и психиатры-наркологи, которые занимаются диагностикой и медикаментозной поддержкой пациентов, и психологи, которые осуществляют психодиагностику и психологические вмешательства, и социальные работники, которые наблюдают пациентов, не имеющих возможности приехать в клинический центр по состоянию здоровья. В клиническом центре также работает круглосуточная телефонная горячая линия для реагирования на кризисные ситуации и функционирует группа взаимопомощи для пациентов с психическими расстройствами и их семей.

Можно с уверенностью сказать, что все дети и взрослые, обращающиеся за психотерапией, имеют опыт ранней детской травмы, связанной с пренебрежением или жестоким обращением со стороны родителей или других опекунов. Многие подростки, обратившиеся к психотерапевту после попытки самоубийства, сообщают, что родители не уделяли им внимания и игнорировали их эмоциональную жизнь. Еще одной частой причиной возникновения психологических проблем является потеря значимого взрослого человека, произошедшая в раннем детстве в результате развода или смерти. Я также встречаюсь со случаями физического насилия в отношении детей, имеющего форму дисциплинарного наказания и сексуального насилия, включая инцест.

Подростки, обращающиеся за терапией, в основном проживают в неблагополучных семьях. Большинство из них составляют девочки, хотя в последнее время растет и количество мальчиков, посещающих терапию. Самая многочисленная демографическая группа обращающихся за психотерапией состоит из людей в возрасте 20–35 лет, большинство из которых – женщины. Возможно, ранее они более охотно обращались за медицинской помощью в связи со своей ситуацией, но сейчас у них возрастает готовность прибегнуть к психотерапии.

Что касается культурного контекста ранней детской травмы в Беларуси, то стоит повторить, что наша страна имеет невероятно сложную и драматичную историю. Смерть, депортации, нищета, голод, конфискация собственности – эти события XX века привели к разрушению бесчисленного множества семей и нанесли травму, последствия которой затронули несколько поколений. Практически невозможно найти семью, которая жила бы в Беларуси на протяжении прошлого века и не понесла тяжелых утрат.

Мы можем с уверенностью сказать, что все признаки, указывающие на раннюю детскую травму отдельного человека, присутствуют в нашей стране на национальном уровне, включая распространенность злоупотребления алкоголем и высокий уровень самоубийств. Подобная ситуация является причиной менее пристального внимания к конкретным случаям травматического опыта; я расцениваю этот факт как одну из основных трудностей при работе с ранней детской травмой в нашей стране. Еще один пласт осложняющих факторов связан с тем, что в Беларуси достаточно широко распространена терпимость к физическому наказанию детей, основанная на субъективном представлении о необходимости строгого и жесткого воспитания.

Работа клинического центра с детьми и молодежью способствует профилактике или снижению тяжести последствий ранней детской травмы, помогая добиться ослабления суицидального поведения и тяги к самоповреждению, реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, а также оказания доступной психотерапевтической помощи, в том числе на анонимной основе. Клинический центр также имеет аккаунты в социальных сетях и публикует просветительские статьи

В Беларуси отсутствует специализированное образование для детских психотерапевтов, а профессиональная подготовка ограничивается двухнедельным курсом детской психотерапии в рамках общей программы подготовки психотерапевтов. Специалисты вынуждены получать необходимую информацию о ранней детской травме самостоятельно или с помощью учебных курсов, которые обычно оказываются слишком дорогостоящими для работников государственных учреждений.

по психологии в целях снижения стигматизации, повышения осведомленности общества о проблемах психического здоровья и поддержки людей, которым требуется помощь в получении доступа к нашим услугам. Подписчиками наших страниц в социальных сетях в основном является молодежь.

Разумеется, в системе оказания помощи при ранней детской травме имеются недостатки, которые присутствуют как в клиническом центре, так и в аналогичных учреждениях. Наиболее существенным из них является дефицит квалифицированных специалистов, способных проводить диагностику и оказывать помощь пациентам, пережившим раннюю детскую травму. В Беларуси отсутствует специализированное образование для детских психотерапевтов, а профессиональная подготовка ограничивается двухнедельным курсом детской психотерапии в рамках общей программы подготовки психотерапевтов. Специалисты вынуждены получать необходимую информацию о ранней детской травме самостоятельно или с помощью учебных курсов, которые обычно оказываются слишком дорогостоящими для работников государственных учреждений.

Низкая заработная плата и серьезные нагрузки (как физические, так и психологические), являющиеся следствием дефицита специалистов в этой области, снижают мотивацию к работе с ранней детской травмой. Что касается специалистов, которые действительно работают с ранней детской травмой, отсутствие профессиональных групп поддержки приводит к их выгоранию и чувству изоляции. В результате после нескольких лет работы многие специалисты меняют сферу деятельности. Работу с ранней детской травмой также осложняет недостаточное межведомственное взаимодействие, пример которого показан в приведенном ниже случае.

Для решения этих проблем в Беларуси необходимо улучшить подготовку специалистов по диагностике и ранней детской травме, а также повысить доступность материальной и технической поддержки, включая врачебные кабинеты, соответствующее вознаграждение, профессиональные группы поддержки, системы супервизии, вмешательства и т. д. Эти изменения могут способствовать увеличению числа квалифицированных специалистов, что повысит доступность помощи и расширит

Пример 5

Марина* была направлена ко мне детским психиатром для прохождения терапии, когда ей было 13 лет. История ее жизни шокировала. Мать Марины, злоупотреблявшая алкоголем, была лишена родительских прав по инициативе отца девочки, когда Марине было пять лет, а ее сестре – три. Обе дочери остались с отцом и больше не виделись с матерью. Когда Марине было 11 лет, отец изнасиловал ее в первый раз.

Когда мы познакомились, Марина жила с матерью, восстановленной в родительских правах, ее вторым мужем, своей родной сестрой и двумя младшими детьми от второго брака матери. Из-за постоянных ссор с матерью Марина начала убегать из дома, в результате чего ее обязали обратиться к психотерапевту. Мы работали с ней около четырех месяцев и сумели наладить хороший контакт. Марина начала обращаться к сложным, глубоко скрытым переживаниям и рассказывать о своих отношениях с матерью и отчимом. Она охотно посещала сеансы. Ее мать отказывалась принимать в них участие, ссылаясь на занятость.

После одной из ссор с матерью у Марины случился эпилептический припадок. Обследования не выявили никакой органической патологии, но мать Марины решила, что для дочери слишком опасно посещать психотерапевта в одиночку. Попытки возобновить терапию для Марины не увенчались успехом. Мать Марины перестала отвечать на телефонные звонки из клинического центра. Мы попытались связаться со школой, где училась Марина, но не получили ответа.

Данный случай представляет собой пример так называемой травматической призмы, через которую мать Марины, сама пережившая тяжелый травматический опыт, смотрит на мир. Она помешала ей заметить серьезные последствия травматического опыта Марины и принять меры, чтобы помочь ей. Я считаю, что подобная слепота и инертность объясняются эмоциональным параличом от столкновения с чем-то столь ужасным.

Даже я, психотерапевт, была встревожена, впервые в жизни увидев ребенка с настолько тяжелым прошлым. Это был первый случай инцеста в моей практике, и у меня не было навыков, необходимых для работы с такими детьми. Мне пришлось поработать их самостоятельно, пользуясь доступными источниками. Марина не смогла получить помощь на более раннем этапе из-за отсутствия осведомленности, знаний и навыков в области ранней детской травмы.

Этот случай также подчеркивает несовершенство правовой системы, которая нанесла Марине повторную травму в ходе дознания, проводившегося неквалифицированными сотрудниками. Изнасиловавший Марину отец присутствовал в зале суда, когда она давала показания против него, а у нее отсутствовала поддержка психолога во время заслушивания его показаний. Он даже сумел обратиться к Марине со словами угрозы, проходя мимо нее. Необходимо отметить, что сейчас в Беларуси есть несколько кабинетов для допросов, где ребенок дает показания в присутствии психолога, но пока они остаются редкостью. Работники судов по-прежнему не проходят подготовку по особенностям допроса детей, что также создает риск ретравматизации.

Наконец, случай Марины иллюстрирует отсутствие межведомственного взаимодействия, которое сделало невозможным более раннее начало терапии или ее возобновление после перерыва. Марина не была направлена на терапию во время или после судебного разбирательства из-за отсутствия связи между судебными и психотерапевтическими учреждениями. Школьная система не приняла никаких мер по итогам наших запросов, а положение о профессиональной тайне, содержащееся в законе «О психиатрической помощи», не позволило нам воспользоваться другими способами связаться с семьей девочки.

* Имя изменено.

Если говорить о культурном контексте, то, поскольку в нашей стране ранняя детская травма и смежные с ней проблемы, такие как семейно-бытовое насилие и травля, долгое время считались запретными темами, вокруг них во многом сохраняются замалчивание и непонимание.

возможности для длительной работы с людьми, пережившими раннюю детскую травму.

4. Взгляды на ситуацию в Украине

4.1. Устранение правовых барьеров, препятствующих расширению доступа к медицинской помощи

Автор: Анжела Кигичак-Борщевская, детский психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии и психотерапии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого; национальный тренер проекта «Детство без насилия», Украина

Коллектив кафедры психиатрии и психотерапии состоит из психиатров, детских психиатров, психотерапевтов и наркологов, каждый из которых является обладателем ученой степени. Поскольку мы относимся к факультету последипломного образования, врачи со всей Украины приезжают к нам для учебы в аспирантуре и повышения квалификации. Наши специалисты обучают психиатров-интернов и проводят курсы по медицинской психологии и борьбе с семейно-бытовым насилием для интернов всех специальностей. Кафедра разработала курсы повышения квалификации для педиатров, семейных врачей и неврологов, которые включают в себя аспекты профилактики и выявления ранней детской травмы, а также терапевтические стратегии для работы с ней.

В своей работе доцента я отмечаю, что тема ранней детской травмы вызывает страхи и тревогу у врачей разных специальностей. Отчасти это связано с масштабными реформами системы здравоохранения, которые проводятся в настоящее время в Украине. Условия труда многих врачей стали значительно сложнее, а уровень выгорания вырос. Для работы с ранней детской травмой врач должен брать на себя дополнительную ответственность в отношении малоизвестных аспектов, не обладая при этом достаточными правовыми знаниями или защитой. Если говорить о культурном контексте, то, поскольку в нашей стране ранняя детская травма и смежные с ней проблемы, такие

Сотрудники кафедры обладают огромным потенциалом для развития культуры взаимодействия в отношении факторов риска возникновения ранней детской травмы, а также для повышения осведомленности о значительном воздействии ранней детской травмы на психическое и физическое здоровье детей и взрослых. Подобное взаимодействие будет способствовать развитию системы профилактики и лечения в стране.

как семейно-бытовое насилие и травля, долгое время считались запретными темами, вокруг них во многом сохраняются замалчивание и непонимание.

Сейчас в стране происходит много прогрессивных изменений. Например, в 2010 г. Международный женский правозащитный центр «Ла Страда» открыл горячую линию, а в настоящее время кризисные горячие линии работают во многих городах. Уже нескольких лет функционируют специальные полицейские подразделения, занимающиеся проблемами семейно-бытового насилия; стартовала профильная образовательная программа для медицинских работников. Для того чтобы эти достижения и ресурсы завоевали доверие общества, необходимо время. Кроме того, потребуется время для расширения кругозора и повышения квалификации специалистов в различных сферах деятельности, включая работников здравоохранения. Способствовать ускорению этого перехода будет повышение правовой грамотности медицинских работников и формирование междисциплинарных групп.

Сотрудники кафедры обладают огромным потенциалом для развития культуры взаимодействия в отношении факторов риска возникновения ранней детской травмы, а также для повышения осведомленности о значительном воздействии ранней детской травмы на психическое и физическое здоровье детей и взрослых. Подобное взаимодействие будет способствовать развитию системы профилактики и лечения в стране.

Мы с коллегой ведем психотерапевтическую группу в женском стационаре Львовской областной психиатрической больницы, где базируется кафедра психиатрии и психотерапии. Большинство наших пациенток страдают от тяжелых хронических психических расстройств и большая часть из них получает социальную помощь (страховую пенсию по инвалидности); эта помощь организована таким образом, что вызывает у человека чувство беспомощности и снижение самооценки даже в периоды ремиссии. Чрезвычайно важно развивать правовые службы для защиты таких пациентов как внутри семьи, так и в обществе.

Пример 6

Я веду группу психотерапии, которую посещает Катерина, уже два года. Катерине 49 лет, и уже почти 21 год из них она страдает от психологических и психических проблем. Ее мать также страдала психическим расстройством, поэтому детство Катерины было связано с обширным опытом сложных, травмирующих взаимодействий в нездоровой семейной атмосфере. Сначала ее состояние помогли стабилизировать в ходе амбулаторного психиатрического лечения (в те годы в Украине не существовало психотерапии как таковой). Четырнадцать лет назад Катерина была госпитализирована впервые. С тех пор Львовская областная психиатрическая больница стала для Катерины «вторым домом», где она целыми месяцами укрывается от бурь окружающего мира.*

Несмотря на то что на момент присоединения к группе Катерина находилась в тяжелой острой фазе психоза, она сразу же поразила меня своим большим интеллектуальным потенциалом и духовным богатством. Она постоянно благодарила всех людей, которые поддерживали ее в борьбе с болезнью, и щедро делилась опытом даже незначительных успехов с другими членами группы. Она спешила поддержать их, даже когда ей самой не хватало энергии и ощущения собственного потенциала.

Я отчетливо помню живой пример стоицизма, которым была пронизана жизнь отца Катерины. По рассказам Катерины, еще в раннем возрасте он учил ее, что «в нашей жизни нет места слабости и слезам». В раннем детстве он упал с дерева, но запретил себе плакать и постарался справиться с болью в одиночку. Каким откровением для Катерины стала рекомендация прислушиваться к своим чувствам и учиться выражать их здоровым способом! Как усердно она работала над этой задачей!

На групповых занятиях Катерина также анализировала значительные последствия своих отношений с матерью. Меньше чем за полтора года она совершила принципиальный переход от чувства вины перед матерью, которую она боготворила, горя от ее потери, чувства одиночества и неумения справиться с собственной жизнью к повышению уверенности в себе и позитивному социальному развитию. В результате этих изменений Катерина улучшила отношения с собственными детьми, смогла начать зарабатывать на жизнь и наконец сумела переехать из квартиры родителей в общий с детьми дом. История Катерины свидетельствует об огромных человеческих возможностях и стремлении ими воспользоваться.

На всех этапах пути Катерине требовалась помощь, в частности в поиске доступных правовых ресурсов для осуществления изменений в жизни. Однако ей пришлось столкнуться с тем, что в Украине существует серьезный дефицит правовой и социальной поддержки инвалидов, особенно страдающих психическими заболеваниями. В настоящее время государственные ресурсы остаются недостаточными и крайне разрозненными.

* Имя изменено.

Несмотря на то что в настоящее время появляется все больше фактов, свидетельствующих о негативных последствиях травли, в школах отсутствуют комплексные программы борьбы с ней, а многие по-прежнему не осознают, насколько серьезное влияние она оказывает на формирование будущего общества в нашей стране.

4.2. Дестигматизация психолого-психиатрической помощи в местных сообществах

Автор: **Юлиана Маслак**, детский психиатр и психотерапевт центра «Круг семьи», Львов, Украина

Работая в сфере охраны психического здоровья, я уделяю особое внимание последствиям ранней детской травмы. Краткосрочные последствия чаще всего включают в себя возникновение трудностей в поведенческой сфере, но некоторые люди страдают от серьезных поведенческих проблем, имеющих психопатологическое развитие. Возрастает количество жалоб на депрессию, попыток самоубийства, актов самоповреждения, злоупотреблений психоактивными веществами и случаев травли в учебных заведениях, а также фактов эмоционального, физического и сексуального насилия в семье. В моем представлении основные проблемы заключаются в ненадлежащем удовлетворении основных психологических потребностей ребенка внутри семьи, а также в негативном влиянии сверстников. Однако даже в том случае, когда в семье хорошо заботятся о детях, они могут очень легко получить травму в повседневной жизни.

Я наблюдаю, как дети попадают в конфликтные ситуации, подпадающие под описание травли, еще начиная с детского сада. К сожалению, из-за недостаточного уровня социальной и эмоциональной компетентности в нашем обществе многие до сих пор считают такие конфликты и неадекватные стратегии поведения нормальными и приемлемыми, а иногда даже полезными. Когда дети подрастают, подобное поведение приводит ко все более серьезным случаям запугивания, преследований и травли в школе. Несмотря на то что в настоящее время появляется все больше фактов, свидетельствующих о негативных последствиях травли, в школах отсутствуют комплексные программы борьбы с ней, а многие по-прежнему не осознают, насколько серьезное влияние она оказывает на формирование будущего общества в нашей стране (41).

Немалая часть подростков, обращающихся к специалисту, испытывает трудности с контролем эмоций и импульсивностью. Чтобы справиться с этими проблемами и попытаться развеять скуку, они прибегают к различным патологическим или рискованным формам поведения и стратегиям адаптации, таким

Злоупотребление психоактивными веществами в молодом возрасте с последующим возникновением зависимости представляет на сегодняшний день одну из самых больших проблем. Доступность алкоголя и отсутствие представления о последствиях его употребления только усугубляют проблему.

как нанесение самоповреждений и злоупотребление наркотиками и алкоголем. Злоупотребление психоактивными веществами в молодом возрасте с последующим возникновением зависимости представляет на сегодняшний день одну из самых больших проблем. Доступность алкоголя и отсутствие представления о последствиях его употребления только усугубляют проблему. Еще одной серьезной проблемой в Украине является широкое распространение дистанционной продажи психоактивных веществ через сайты социальных сетей и приложения для обмена сообщениями. Полиция, специалисты в области психического здоровья, терапевты, родители, НПО и активисты работают над вовлечением граждан в реализацию позитивных решений этой проблемы.

В имеющемся культурном контексте обращение за помощью к специалисту на ранних этапах развития проблемного поведения вызывает у определенных слоев населения чувство стыда. Многие люди с трудом понимают, что психологическая поддержка может обладать профилактическим эффектом, и вместо этого воспринимают ее как стигму. Попытка обсудить с клиентом стигматизированный вопрос может оказаться достаточно болезненной, так как тот может заподозрить, что вопросы врача нацелены на выявление психической патологии, а не на профилактику и помощь.

Анонимные консультационные центры и совместные профилактические мероприятия могут помочь в борьбе с наркоманией и алкоголизмом. Люди, проходящие лечение от зависимости и имеющие мужество, чтобы поделиться своей историей, также могут выступать наставниками для других, внушая им веру в успех и мотивацию. Излечившихся от зависимости следует привлекать к участию в информационно-просветительских мероприятиях в школах и к работе подростковых организаций.

Люди, готовые меняться, имеют доступ к качественным и научно обоснованным психологическим услугам. Однако, к сожалению, большинство служб помощи являются платными и поэтому не всегда доступны для уязвимых социальных групп. Для устранения этих финансовых барьеров потребуется поддержка со стороны благотворительных организаций и разработка новых программ государственной помощи.

Сотрудничество педагогов-психологов с квалифицированными специалистами в области психического здоровья в целях оказания качественных услуг (как правило, в школе) снижает риск развития у молодых людей тяжелой патологии, связанной с травмой. Программы, направленные на поддержку развития родительских навыков у представителей уязвимых социальных групп, также помогают улучшить их способность строить здоровые отношения и потенциально снизить риск развития расстройств.

Междисциплинарные группы, состоящие из психиатров, психологов, социальных работников и других врачей, также играют важнейшую роль в оказании помощи людям, пережившим раннюю детскую травму. Как правило, оказание медицинской помощи, проведение психологических вмешательств и предоставление социальной поддержки являются результатом эффективной командной работы. Сотрудничество педагогов-психологов с квалифицированными специалистами в области психического здоровья в целях оказания качественных услуг (как правило, в школе) снижает риск развития у молодых людей тяжелой патологии, связанной с травмой. Программы, направленные на поддержку развития родительских навыков у представителей уязвимых социальных групп, также помогают улучшить их способность строить здоровые отношения и потенциально снизить риск развития расстройств.

Я считаю, что качественное общение между квалифицированными психологами и подростками из групп риска является эффективным инструментом для решения проблемы ранней детской травмы. В идеальной ситуации его результатом становятся согласованные усилия и проведение терапевтических вмешательств во всех сферах жизни детей и подростков (школа, дом, места досуга и т. д.). Тем не менее подобная скоординированная работа осложняется тем, что обществу в целом не хватает современных научных знаний о воздействии ранней детской травмы и психических заболеваний. Это справедливо даже для специалистов, работающих с детьми и подростками, включая педагогов-психологов. Такой дефицит знаний служит барьером для проведения надлежащей диагностики, психообразования и вмешательств.

4.3. Нарращивание потенциала школ для выявления и принятия ответных мер в отношении ранней детской травмы

*Автор: **Лидия Боженко**, методист Львовского учебно-методического центра образования; руководитель психологической службы Управления образования г. Львов, Украина*

В украинском законодательстве присутствуют определения для многих категорий детей, находящихся в трудной жизненной

В некоторых школах Львова школьные психологи проводят курсы для родителей по раннему развитию детей и влиянию методов воспитания и социальных факторов на психическое состояние ребенка.

ситуации: в том числе это дети, потерявшие одного или обоих родителей в результате военных действий или других обстоятельств; дети, пострадавшие от стихийных бедствий или насилия; дети-инвалиды; дети из малообеспеченных семей; дети вынужденных внутренних переселенцев и т. д. Тем не менее имеется ряд препятствий, мешающих оказывать помощь этим уязвимым группам населения.

Во-первых, в школах ощущается нехватка школьных психологов и педагогов. Во-вторых, согласно украинскому законодательству, помощь может оказываться только с разрешения родителей или опекунов ребенка, поэтому выявить травматизацию ребенка, если родители не желают сообщать о ней, не всегда представляется возможным. В-третьих, школьные психологи не имеют четких критериев для определения травмы и оказания дальнейшей помощи как в учебном заведении, так и вне его. И наконец, поскольку дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, часто живут в малообеспеченных семьях, им бывает сложнее получить профессиональную психотерапевтическую помощь.

Среди положительных факторов можно отметить тесное сотрудничество между отделами социального обслуживания детей и семей, а также службами по делам детей, которые оказывают имеющим на то право семьям соответствующую помощь. Различные НПО также предлагают профессиональное обучение и подготовку школьных психологов и педагогов. В некоторых школах Львова школьные психологи проводят курсы для родителей по раннему развитию детей и влиянию методов воспитания и социальных факторов на психическое состояние ребенка. Во Львове также существуют ярко выраженные культурные традиции, включая отношение к религии, традиции, праздники и т. д., которые оказывают значительное влияние на развитие детей раннего возраста. Церковная община охотно помогает детям, оказавшимся в трудных жизненных обстоятельствах.

Тем не менее ребенок, находящийся в нездоровой или небезопасной ситуации, зачастую не может покинуть свое социальное окружение по причинам психологического, экономического и правового характера. Даже в тех случаях, когда это возможно, решение оказывается лишь временным. Например, если ребенок, столкнувшийся с семейно-бытовым насилием,

Эффективным способом выявления травмы является сотрудничество с педагогами и их помощниками; зачастую именно они предупреждают школьного психолога о замеченных ими тревожных изменениях в поведении ребенка. Оказанию помощи семьям также может способствовать тесное сотрудничество с государственными социальными службами. Выявление травмы и принятие ответных мер происходят более эффективно, когда педагог-психолог имеет психотерапевтическое образование, а также соответствующие профессиональные навыки.

рассказывает психологу о своей проблеме, то последний может проинформировать соответствующие службы о необходимости отправить ребенка в другое место на определенный период времени. Однако в отсутствие серьезных оснований для изъятия ребенка из семьи не позднее чем через месяц он вернется домой, где может столкнуться с еще более тяжелой ситуацией. В Украине отсутствует государственная программа совместной работы по поддержке родителей, страдающих зависимостями или жестоко обращающихся с детьми, а привлечь всю семью к поиску решений может оказаться крайне сложно.

На государственном уровне ведется работа по открытию детских домов семейного типа, однако количество семей, желающих принять участие в этой программе, остается недостаточным из-за низкого уровня мотивации и непонимания ими своей роли в этом процессе. В настоящее время во Львове работает один детский дом такого типа и есть вероятность открытия второго, но каждый из них может принять не более 15 детей, а этого количества недостаточно для удовлетворения потребности.

Выявление ранней детской травмы может быть сопряжено с трудностями. Зачастую семьи тщательно скрывают наличие таких проблем, как жестокое обращение, зависимости, нищета, пренебрежение интересами ребенка и даже серьезные болезни. Дети могут страдать на протяжении длительного времени и получать эмоциональную поддержку лишь после того, как разразится кризис. Эффективным способом выявления травмы является сотрудничество с педагогами и их помощниками; зачастую именно они предупреждают школьного психолога о замеченных ими тревожных изменениях в поведении ребенка. Оказанию помощи семьям также может способствовать тесное сотрудничество с государственными социальными службами. Выявление травмы и принятие ответных мер происходят более эффективно, когда педагог-психолог имеет психотерапевтическое образование, а также соответствующие профессиональные навыки.

Для повышения устойчивости к ранней детской травме Украина должна гарантировать базовое психологическое образование для всех специалистов, занимающихся обучением и воспитанием детей, включая предоставление информации о важности раннего вмешательства и доступных видах помощи.

При обнаружении случаев ранней сексуальной активности, злоупотребления наркотиками и т. д. школы могут обращаться за помощью в медицинские учреждения и активно вовлекать в защиту интересов детей местные сообщества, например членов жилых кооперативов, в которых проживают дети из уязвимых групп. Школы могут также расширить доступ детей из уязвимых групп к различным внеклассным мероприятиям после школы, в выходные и праздничные дни – то есть в то время, когда они обычно остаются наедине со своими проблемами.

Повысить доступность помощи может оказание бесплатной психологической поддержки семьям, не имеющим возможности оплатить такие услуги. Она может предоставляться в поликлиниках, церквях, отделах социального обеспечения и т. д. И наконец, облегчить оказание помощи детям, находящимся в небезопасной семейной ситуации, могло бы совершенствование законодательства в области работы с семьями.

4.4. Укрепление этических норм журналистов, освещающих тему травмы

Автор: **Маргарита Тулуп**, журналист, Киев, Украина

В целях защиты детей журналисты должны соблюдать стандарты и этические нормы, предусмотренные в отношении контента медийных материалов. Тем не менее украинские средства массовой информации по-прежнему регулярно нарушают права детей. Они наносят детям моральные травмы либо напрямую в процессе создания материалов (например, во время интервью или при использовании фотографий детей для усиления воздействия и увеличения количества просмотров), либо косвенно – через потребление детьми шокирующего контента.

К сожалению, поскольку в нашем обществе отсутствует культура обращения за профессиональной психологической и психотерапевтической помощью, журналисты не всегда консультируются с соответствующими специалистами при работе над историями, связанными с ранней детской травмой. Однако недостаточно ответственный журналист, не имеющий психологического образования, не в состоянии оценить риски неправильного общения с детьми из уязвимых групп или

Однако недостаточно ответственный журналист, не имеющий психологического образования, не в состоянии оценить риски неправильного общения с детьми из уязвимых групп или использования неэтичных фотографий детей.

использования неэтичных фотографий детей. Небрежное обращение с жертвами ранней детской травмы не обязательно является преднамеренным, но часто объясняется невежеством журналистов и желанием уложиться в сжатые сроки сдачи материалов.

Согласно законодательству, журналистам разрешено показывать лица детей и подростков в возрасте до 18 лет только с согласия их родителей или опекунов. Тем не менее без эффективной системы санкций со стороны регулирующих органов и в условиях отсутствия последствий журналисты не всегда придерживаются подобных норм. Даже когда журналисты скрывают лицо ребенка, они все равно могут указать достаточно подробностей, чтобы читатели могли идентифицировать его или ее. Кроме того, получая от взрослых согласие на показ лица ребенка, журналисты могут не принимать во внимание их эмоциональную стабильность и жизненную ситуацию. Родители или опекуны могут страдать от психологической травмы и быть не в состоянии должным образом оценить возможные негативные последствия огласки либо могут преследовать личную выгоду от раскрытия информации.

Для улучшения ситуации в стране следует ввести наказание за неэтичное освещение тем, касающихся детей, и принять дополнительные законы о защите детей. Журналисты и средства массовой информации должны участвовать в разработке подобной системы наказаний. Кроме того, было бы целесообразно разработать единую национальную систему маркировки, указывающей на возрастные ограничения контента, и расширить ее применение на телевидении для предупреждения о неприемлемом или травмирующем контенте.

Снизить остроту этих проблем также можно за счет сотрудничества журналистов с экспертами и НПО на этапе подготовки публикаций. НПО также могли бы наладить более прочные и долгосрочные отношения со средствами массовой информации путем ознакомления журналистов со своей деятельностью, распространения новостных материалов и предоставления контактных данных экспертов по конкретным вопросам. Такие эксперты могли бы сообщать об ошибках или ненадлежащих действиях журналистов регулирующим органам или указывать на них авторам материалов, чтобы предотвратить недочеты в их работе. Кроме того, эксперты

Пример 7

В феврале 2017 г. украинские СМИ впервые начали освещать волну подростковых самоубийств, которые оказались связаны с онлайн-играми, склоняющими к самоубийствам. Украинская полиция сразу же начала размещать информацию об этих так называемых группах смерти на своих страницах в социальных сетях, а к середине месяца опубликовала список интернет-сообществ, опасных для детей. Через два дня журналисты выпустили сюжет о двух подростках, покончивших с собой на западе страны, которых назвали «жертвами игры». Одновременно с этим президент Украины издал указ «Об угрозах кибербезопасности страны». В конце февраля полиция заявила, что спасла двух девочек от самоубийства, а затем объявила о новых жертвах в Кривом Роге, Тернополе и Херсонской области. После этих событий президент издал указ «О стратегии кибербезопасности».

В целом дискуссия на тему самоубийств в СМИ сводилась к формированию образа интернета как враждебной структуры. Подобные интонации вызвали моральную панику у населения, а также разожгли интерес подростков: те, кто не слышал об этих играх, теперь узнали о них, а уже знакомые с ними почувствовали, что ставки выросли. Некоторых возбуждала перспектива поиграть с тем, что внушает обществу страх.

Одно из наиболее популярных телевизионных шоу в стране посвятило теме «групп смерти» 90-минутную передачу, задав вопрос: «Кто стоит с той стороны экрана, приказывая детям убивать себя?». Этот эпизод получил полмиллиона просмотров на YouTube, а его онлайн-трансляцию, вероятно, смотрели еще больше людей. В своих репортажах о смертях подростков СМИ подробно описывали время и место самоубийств, публиковали предсмертные записки и фотографии тел с закрытыми лицами, называли самоубийства «романтическими» и отмечали, что молодые люди искали «особый способ» покончить с собой.

В этой ситуации журналисты допустили ряд ошибок. Важнейшей из них стало то, что они так и не смогли подтвердить связь между случаями смерти или задаться вопросом о том, была ли эта деятельность в интернете на самом деле причиной или мотивом самоубийств. Результатом этой ошибки стали вводящие в заблуждение и фактически некорректные сообщения: в итоге ни одно из самоубийств не удалось объяснить деятельностью «групп смерти». Кроме того, журналисты использовали в описаниях смертей эмоционально окрашенную лексику и не обращались за комментариями к экспертам.

Наконец, они ничего не сказали о том, каким образом молодые люди могут преодолеть психологическое давление или обратиться за профессиональной психологической помощью, а также – как родители могут помочь своим детям, если подозревают, что те находятся в опасности. Вместо того чтобы побудить родителей поговорить со своими детьми, проявляя интерес и заботу, СМИ призывали их усилить контроль над детьми – проверять руки на наличие признаков самоповреждения, ограничивать время в интернете, негласно контролировать содержание интернет-переписки и т. д. Подобные рекомендации подразумевают, что дети являются не субъектами, а объектами, и дают понять, что такие сложные темы, как депрессия и смерть, относятся к табуированным. При этом наличие табуированных тем в семье и обществе означает, что их обсуждение будет перенесено в другие сообщества.

Углубленная подготовка позволила бы журналистам участвовать в инициативах по повышению осведомленности и создавать просветительские материалы о ранней детской травме. Это помогло бы создать в среде журналистов позитивную культуру, в которой коллеги соблюдают этические нормы и указывают друг другу на нарушения. Кроме того, подобная система могла бы помочь журналистам справиться с личным выгоранием, вызванным постоянным наблюдением и описанием травмирующих ситуаций.

могли бы рекомендовать журналистам демонстрировать позитивные нормы поведения и освещать истории людей, справляющихся с распространенными последствиями ранней детской травмы. Подобная практика способна противостоять тенденциям непропорционально масштабного освещения случаев экстремальной травмы, которое искажает представление общества о ее распространенности и нормальности.

В настоящее время украинские вузовские программы по журналистике не включают в себя психологическую или юридическую подготовку и не затрагивают вопросы, связанные с ранней детской травмой. Для заполнения этих пробелов эксперты могли бы предложить проведение на факультетах журналистики семинаров, которые помогут будущим журналистам понять влияние травмы на функционирование мозга, выявить признаки ранней детской травмы у детей и взрослых во время общения и изучить методы, позволяющие избежать ретравматизации этих людей во время интервью.

Углубленная подготовка позволила бы журналистам участвовать в инициативах по повышению осведомленности и создавать просветительские материалы о ранней детской травме. Это помогло бы создать в среде журналистов позитивную культуру, в которой коллеги соблюдают этические нормы и указывают друг другу на нарушения. Кроме того, подобная система могла бы помочь журналистам справиться с личным выгоранием, вызванным постоянным наблюдением и описанием травмирующих ситуаций.

4.5. Разрушение норм злоупотребления алкоголем в целях повышения жизнестойкости местных сообществ

Автор: Игорь Козанкевич, священник Украинской греко-католической церкви; руководитель движения «За трезвость жизни»; директор благотворительной организации «Каритас» (Самборско-Дрогобычская епархия); руководитель реабилитационного центра «Назарет», Украина

Распространенность ранней детской травмы в Украине обусловлена рядом важных факторов, включая затяжной экономический кризис, постсоветский менталитет,

характеризующийся чувством собственной неполноценности и уныния, продолжительное вооруженное насилие в восточных регионах Украины, которое продолжает вызывать большую напряженность и стрессы, а также вынужденную внутреннюю миграцию и массовую миграцию украинцев в другие страны для учебы и работы. В результате в Украине наблюдается высокий уровень смертности и низкий уровень медицинской и социальной помощи, не хватает высококвалифицированных специалистов и качественных программ с достаточным финансированием, а также отмечается низкий уровень осведомленности о ранней детской травме и других опасностях.

Все вышеперечисленное становится причиной саморазрушительного поведения, в том числе злоупотребления алкоголем и наркотиками и зависимости от азартных игр. По состоянию на 2018 г. годовое потребление алкоголя в Украине равнялось 8,6 л чистого спирта на душу населения (42). По данным проведенного в 2019 г. исследования ЮНИСЕФ, к 10 годам 14% украинских детей уже употребляли алкоголь хотя бы один раз; среди 17-летних эта цифра превышает 60% (43, 44). 25% процентов подростков хотя бы раз в жизни находились в состоянии алкогольного опьянения, причем эти показатели составили 6,4% для 10-летних и 48,0% для 17-летних (43, 44).

Как сообщила начальник сектора заместительной терапии государственного учреждения «Центр общественного здоровья Министерства здравоохранения Украины» Ирина Иванчук, на сегодняшний день около 346 тыс. человек в Украине употребляют инъекционные наркотики. Учитывая стремительное распространение новых веществ, вызывающих зависимость, общее количество наркозависимых людей, вероятно, намного выше (45). Каждый десятый ребенок рождается с различными отклонениями здоровья, вызванными употреблением алкоголя или наркотиков его родителями до или во время беременности (46, 47).

Многие принятые в Украине культурные нормы усугубляют ситуацию ранней детской травмы. Если говорить о традициях, то все большие и незначительные праздники предполагают употребление алкоголя. Даже в школе некоторые молодые люди собираются, чтобы «отпраздновать» алкоголем окончание экзаменов. Все тосты и пожелания произносятся с бокалом в руке; выпить бокал до дна расценивается как знак уважения. Широко

В целом в нашем обществе бытуют стереотипные представления об алкоголе как о лечебном или тонизирующем средстве, которое снимает усталость и возвращает бодрость духа. В связи с этим чрезвычайно важной представляется задача повысить социальную осведомленность о рисках употребления алкоголя, изменить представления об алкоголе и пьянстве, создать новые традиции.

распространены песни и шутки, в которых упоминается пьянство. Во время городских праздников на площадях в массовом порядке открываются бары, при этом всеобщее распитие спиртных напитков происходит в присутствии детей.

В повседневной жизни принято приглашать друг друга в гости для совместного употребления крепких спиртных напитков, например водки. Отказ от выпивки расценивается негативно. Во многих семьях родители разрешают даже 14-летним детям употреблять дома небольшое количество алкоголя. Люди также употребляют алкогольные напитки на рабочем месте, причем многие не считают нарушением сесть после небольшого количества алкоголя за руль.

Алкоголь сравнительно дешев и доступен во многих магазинах в любое время. Наказание за производство и продажу нелегального алкоголя, равно как и наказание за коррупцию в этом секторе, является недостаточно жестким. Совершенно очевидно, что законодательная база нуждается в совершенствовании.

В целом в нашем обществе бытуют стереотипные представления об алкоголе как о лечебном или тонизирующем средстве, которое снимает усталость и возвращает бодрость духа. В связи с этим чрезвычайно важной представляется задача повысить социальную осведомленность о рисках употребления алкоголя, изменить представления об алкоголе и пьянстве, создать новые традиции.

Несмотря на то что в различных церквях существуют постановления о сокращении потребления алкоголя, верующие остаются вполне терпимыми к алкоголю, а религиозные праздники часто сопровождаются банкетами с чрезмерными алкогольными возлияниями. Тем не менее церковь пользуется позитивным культурным влиянием, которое также играет определенную роль. Находя поддержку в религии, верующие могут причинять меньше вреда другим и быстрее преодолевать собственные травмы. В церкви также существует традиция воздержания от алкоголя, например в период Великого поста.

Реабилитационный центр «Назарет» для страдающих алкогольной, наркотической и игровой зависимостью работает при украинской организации «Каритас» уже 15 лет. В целом центры «Каритас», расположенные на всей территории Украины, располагают сетью из 17 детских и семейных консультационных

центров, работающих с ранней детской травмой. Подкомитет Украинской греко-католической Церкви «За трезвость жизни» также лоббирует изменения на законодательном уровне, организует информационно-просветительские кампании в школах и социальных сетях, консультирует посредством горячей линии, информирует и обучает духовенство по вопросам профилактики ранней детской травмы, а также привлекает научное сообщество Дрогобычского государственного педагогического университета к разработке профилактических мер и оказанию помощи детям, пострадавшим от ранней детской травмы.

Для расширения этой работы было бы полезным провести ситуационный анализ ранней детской травмы и разработать национальный план. Мы также должны продолжать разрабатывать решения в сотрудничестве с международными экспертами и неправительственными организациями, а также готовить специалистов по борьбе с ранней детской травмой.

4.6. Защита прав детей в правовой системе

*Авторы: **Станислав Борисов**, адвокат, Харьков, Украина, и **Benedetta Ubertazzi**, адвокат; профессор юридического факультета Миланского университета Бикоцца; координатор и оценщик по вопросам нематериального культурного наследия, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры*

Столкновение с темой ранней детской травмы в правовой сфере происходит главным образом во время судебных разбирательств или досудебных расследований, проводимых правоохранительными органами. Значительное количество дел, рассматриваемых в судах Украины (гражданских и уголовных), в том или ином смысле затрагивают интересы ребенка или каким-либо образом негативно влияют на его жизнь. Дети могут становиться жертвами или свидетелями преступления либо подвергаться негативному воздействию в результате судебного процесса как такового, например в рамках гражданских дел об алиментах, определении места жительства или праве родителей видеться с детьми.

Основным фактором, влияющим на работу с ранней детской травмой в правовой сфере, является законодательная база. Значительная доля правовых норм в Украине была принята еще в советскую эпоху, а новые правовые нормы в той или иной мере находятся под влиянием принципов советского права. Эта негативная тенденция идет на спад, но еще не исчезла полностью.

В целях улучшения защиты детей в Украине необходимо привести национальное законодательство в соответствие с положениями международного и европейского законодательства, а также разработать стандартные процедуры для конкретных ситуаций. Необходимо также обучать юристов, судей и государственных служащих основным методам работы с детьми в соответствии с международными и европейскими стандартами, а также информировать их об особенностях различных процедур и процессов.

Действующее законодательство Украины предусматривает особые условия и процедуры защиты детей в ходе досудебных расследований и судебных разбирательств. В целом большинство сотрудников государственных и правоохранительных органов обладают достаточными знаниями и навыками для обеспечения эффективной работы с детьми. Однако некоторые вопросы остаются не урегулированными законодательно, а в отсутствие четких алгоритмов поведения в сложных ситуациях эти сотрудники могут отказаться от инициативы самостоятельного поиска решения.

Основным фактором, влияющим на работу с ранней детской травмой в правовой сфере, является законодательная база. Значительная доля правовых норм в Украине была принята еще в советскую эпоху, а новые правовые нормы в той или иной мере находятся под влиянием принципов советского права. Эта негативная тенденция идет на спад, но еще не исчезла полностью. В то же время более современное украинское законодательство разрабатывалось под влиянием действующих международных законов и нормативных актов. Подобная ситуация может привести к правовым коллизиям, в которых между положениями международного и национального законодательства возникают разногласия.

В государственных и правоохранительных органах существуют сложившиеся традиции определенных методов работы с детьми. В рамках таких методов чаще всего в первую очередь учитывается мнение родителей или других уполномоченных взрослых, а не ребенка. Например, в статье 160 Семейного кодекса Украины указано, что место жительства ребенка, достигшего десяти лет, определяется по общему согласию родителей и самого ребенка. Это означает, что должностные лица могут даже не учитывать мнение ребенка в возрасте до десяти лет. При этом с помощью квалифицированных специалистов, например детских психологов, вполне возможно узнать предпочтения маленького ребенка и принять их во внимание при решении дела в его интересах. В правовой сфере подобный вид сотрудничества действует очень эффективно.

В целях улучшения защиты детей в Украине необходимо привести национальное законодательство в соответствие с положениями международного и европейского законодательства, а также

разработать стандартные процедуры для конкретных ситуаций. Необходимо также обучать юристов, судей и государственных служащих основным методам работы с детьми в соответствии с международными и европейскими стандартами, а также информировать их об особенностях различных процедур и процессов. Наконец, мы должны обеспечить доступность информации о способах привлечения экспертов, например психологов, включая их контактные данные.

Пример 8

В гражданском деле я (Станислав) представлял интересы психиатра, который оказывал консультативную помощь ребенку по просьбе его матери. После развода ребенок проживал с матерью, хотя его родители вели в суде дело о родительских правах и праве на посещение. В один из дней отец отобрал ребенка у матери с применением физической силы; это напугало ребенка, в результате чего он начал страдать от приступов паники, недержания мочи, нарушений сна и так далее.

На основании консультации с ребенком психиатр дал рекомендации, которые не удовлетворили отца ребенка. Отец подал судебный иск, в котором заявил, что действия и выводы психиатра были незаконными. Украинские суды удовлетворили иск отца и признали действия и выводы психиатра незаконными, поскольку консультация с ребенком проводилась без согласия его отца. Хотя международные нормативные документы допускают оказание медицинских услуг детям по просьбе лишь одного из родителей, национальное законодательство требует согласия обоих родителей.

Подобное судебное решение создает опасный прецедент, который может парализовать оказание психиатрической помощи детям в тех случаях, когда за помощью обращается только один из родителей. Расхождения между положениями национального и международного законодательства также могут привести к нарушению прав родителей и многочисленным судебным искам.

Пример 9

Как было указано выше, некоторые ситуации, связанные с детьми, не регулируются законодательством, в результате чего государственные служащие и сотрудники правоохранительных органов не имеют четких инструкций или алгоритмов. Примером такой ситуации является усыновление семьей иностранцев 16-летнего мальчика, проживавшего в одном из детских домов Украины. Благодаря участию в этом деле мы осознали, что процесс усыновления в Украине очень сложен и содержит множество ненужных бюрократических элементов. Кроме того, национальные процедуры усыновления не согласованы с международными правовыми документами, а именно теми, которые гарантируют основное право ребенка быть услышанным.

В данном случае подобная рассогласованность вызвала особые трудности в ситуации, когда биологические родители и родственники мальчика неоднократно обращались к администрации детского дома с просьбой сообщить информацию о нем и организовать встречу. Эти просьбы

противоречили воле мальчика, который недвусмысленно заявлял, что не желает поддерживать никаких контактов со своей биологической семьей. Несмотря на ясно выраженные пожелания ребенка, администрация детского дома не знала, как действовать в этой ситуации. Это затруднение возникло из-за отсутствия четких руководящих принципов, которые позволили бы провести границу между мальчиком и его биологической семьей в соответствии с международными процедурами урегулирования подобных сложных ситуаций.

Например, статья 4 Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка предусматривает установление определенных процедур, которые позволяли бы выслушать ребенка, принять во внимание его пожелания и уделить приоритетное внимание его интересам (15). Конфликт интересов между желаниями ребенка и его родителей требует наличия специального представителя, который будет участвовать в рассмотрении дела в суде (48). Подобные процессуальные гарантии также закреплены в статье 12 Конвенции, в которой подробно излагается надлежащая методика заслушивания мнений ребенка и их учета во всех вопросах, затрагивающих ребенка (15). Европейский суд по правам человека (49) и Хартия Европейского союза об основных правах (50) подтверждают эти права, оговаривая, что «во всех действиях в отношении детей независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка» (48).

В данном случае отсутствие руководящих принципов оказало негативное влияние на все стороны: на мальчика, потому что он не хотел общаться со своими биологическими родителями и родственниками; на усыновителей, потому что они не хотели распространять информацию о себе и мальчике; и на администрацию детского дома, потому что ее действия (или бездействие) могли привести к нарушению законных прав других сторон этого дела.

16-летний мальчик, чьи взгляды были основаны на его собственном негативном опыте жизни в биологической семье и созданных ею условиях и который был в полной мере способен сформировать свое собственное мнение, явно соответствовал критериям, установленным международной правоприменительной практикой в плане учета мнения и интересов ребенка (15, 49). Чтобы отстоять право мальчика быть услышанным, его представители пригласили адвоката, который объяснил администрации детского дома, какие действия она может и не может предпринимать в соответствии с законодательством Украины. Кроме того, ссылаясь на законодательство Украины, адвокат смог утверждать, что требования биологических родителей и родственников являются незаконными и могут нарушать вышеуказанные интересы мальчика и его усыновителей.

В качестве комплимента украинскому законодательству следует отметить, что суд принимает во внимание интересы и желания ребенка. В данном случае мальчик участвовал в судебных заседаниях, и суд неоднократно заслушивал его мнение. Наиболее важным из заданных ему в суде вопросов был вопрос о персональном согласии на усыновление данной семьей, на который он ответил положительно. Однако без юридической помощи адвоката интересы мальчика и его усыновителей могли быть нарушены. Таким образом, усыновители приняли разумное решение обратиться за юридической помощью к украинскому адвокату.

5. Выводы

5.1. Культурные контексты ранней детской травмы

Несмотря на существенные различия между Беларусью и Украиной, в статье описан ряд общих социальных и культурных контекстов, подрывающих устойчивость к ранней детской травме. К этим контекстам относятся:

- масштабные исторические травмы, включая репрессивные социальные режимы, войны и насилие, разрушение семей и экологические кризисы;
- сохраняющееся недоверие к специалистам в области психического здоровья и вытекающее из него нежелание обращаться за помощью, частично закрепленное традициями институционализированной психиатрической помощи, охватывающей социальную, медицинскую и политическую сферы;
- стойкая стигматизация психических заболеваний, в том числе в результате устаревшей практики дискриминации, которая не позволяет лицам с психическими расстройствами или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, получать водительские права или заниматься некоторыми видами деятельности;
- отсутствие современного законодательства по профилактике насилия в семье, в том числе запретов на проживание в доме, налагаемых на агрессивного супруга;
- сопротивление включению в школьную программу современного курса по сексуальному и репродуктивному здоровью;
- недостаточное отражение в государственных программах взаимосвязей между ранней детской травмой, психическими заболеваниями и неинфекционными заболеваниями;
- нормализация травм и насилия, включая травлю в школах и насильственные формы дисциплинарного воздействия

в семье, связанная с неправильным пониманием личных и социальных последствий травмы;

- нормализация патологических стратегий адаптации, таких как злоупотребление алкоголем, в сочетании с ненадлежащим соблюдением возрастных ограничений на продажу алкоголя и табака;
- отсутствие взаимодействия между отделами и учреждениями, которое приводит к непрозрачности процессов принятия решений и отсутствию согласованных услуг по поддержке во всех сферах жизни молодежи;
- отсутствие доступной профессиональной подготовки и взаимопомощи для специалистов в области психического здоровья и школьных психологов, которое приводит к снижению эффективности вмешательств и высоким показателям выгорания; и
- ограниченное финансирование услуг и поддержки для лиц, переживших раннюю детскую травму.

Несмотря на эти проблемы, усилия по формированию культурных контекстов, способствующих защите и укреплению здоровья детей и взрослых, набирают обороты как в Беларуси, так и в Украине. В своих статьях авторы указывают на три важнейших фактора, способствующих прогрессу в этой деятельности:

- **основанное на фактических данных обучение и профессиональная подготовка** в области ранней детской травмы – что она собой представляет, как влияет на отдельных лиц и сообщества на протяжении всей жизни и какие меры эффективного реагирования на нее необходимы;
- **четкое распределение функций, алгоритмов и каналов взаимодействия** для активизации и направления процесса принятия ответных мер;
- **межсекторальные партнерства и сети**, охватывающие все сферы жизни молодежи и используемые для мобилизации ресурсов и создания непрерывного цикла поддержки и лечения в рамках местных сообществ.

5.2. Формирование устойчивости: рекомендации для разработчиков политики, организаций и местных сообществ

В данном разделе представлен ряд сформулированных в процессе обсуждений на семинарах и в статьях идей и возможностей, которые позволят более глубоко внедрить факторы, способствующие прогрессу, в структуру белорусского и украинского общества. Они являются результатом применения восходящего, культурно ориентированного подхода, при котором опыт и знания ключевых заинтересованных сторон рассматриваются как центральный стержень аналитического процесса. Выступая в таком качестве, они не отражают какие-либо мнения ВОЗ. Эти идеи и возможности могут оказаться актуальными в большей или меньшей степени для каждой из стран и будут по-разному проявляться в особых национальных условиях.

5.2.1. Массовая культура и средства массовой информации

- Представители средств массовой информации могут сотрудничать с неправительственными организациями и учреждениями здравоохранения в целях разработки унифицированной информации о ранней детской травме и психическом здоровье, а также координировать использование платформ социальных сетей для обмена фактическими данными, борьбы со стереотипами и налаживания диалога.
- Учебные программы в сфере журналистики/коммуникации могут приглашать экспертов для преподавания разделов, посвященных ранней детской травме и психическому здоровью. Журналисты также могут участвовать в разработке более строгого законодательства для защиты прав молодых людей при создании контента, в том числе посредством соблюдения алгоритмов коммуникации и консультаций с профильными экспертами при освещении событий, связанных с травмой.
- Другие деятели культуры, такие как писатели, кинорежиссеры, театральные коллективы, художники и радиоведущие, могут более систематически участвовать в создании социально

ориентированного контента, способствующего повышению осведомленности общества о ранней детской травме и проблемах психического здоровья. Перенесшие травму и живущие с психическими расстройствами люди, имеющие мужество поделиться своей историей, могут получить больше возможностей для выступлений и преподавания.

5.2.2. Домохозяйства и местные сообщества

- Местные сообщества могут расширить охват групп поддержки и программ для родителей и лиц, осуществляющих уход, в целях поощрения позитивных стратегий воспитания, более глубокого понимания процессов развития ребенка в раннем возрасте и повышения восприимчивости к эмоциональной жизни ребенка.
- Местные сообщества могут укреплять объединения неравнодушных взрослых, которые осведомлены о правах детей и предпринимают усилия для их защиты (например, в такие объединения могут входить медицинские работники, которые проводят посещения на дому, и инициативные группы соседей / жильцов многоквартирных домов). Полезными инструментами могут оказаться тренинги, карманные справочники и другие информационные продукты.
- Общинные работники могут проводить обследования на предмет злоупотребления алкоголем и наркотиками, осуществлять краткосрочные вмешательства и направлять нуждающихся на лечение, а также оказывать семьям дальнейшую поддержку в целях сокращения масштабов злоупотребления психоактивными веществами.
- Местные сообщества могут находить возможности для оказания бесплатной неофициальной психолого-психиатрической помощи, например в формате групп взаимопомощи или групп получателей услуг в общественных местах (муниципалитеты, церкви и т. д.), для повышения доступности услуг и подчеркивания важности интеграции и восстановления.

5.2.3. Школы

- Министерства образования и учебные заведения могут наращивать потенциал учителей и школьных психологов по защите и поддержке учащихся путем профессиональной подготовки в области выявления травм и реагирования на них, сокращения рабочей нагрузки за счет открытия новых штатных позиций и развития профессиональных сетей для обмена информацией, ресурсами и эмоциональной поддержкой.
- Школы могут бороться с культурными нормами, одобряющими травлю и запугивание, посредством специальных программ, которые включают в себя подготовку сотрудников и профессиональную поддержку в целях выявления форм поведения, наносящих вред здоровью, и борьбы с ними. Информирование учащихся об этих вопросах может осуществляться посредством презентаций в классах, творческих проектов, а также в формате наставничества и групп учащихся по борьбе с травлей.
- Школы могут содействовать охране здоровья и благополучия детей и подростков путем внедрения комплексного, соответствующего возрасту и развитию образования в области сексуального и репродуктивного здоровья.
- Школы могут расширить доступ детей к безопасному окружению, увеличив количество мероприятий, проводимых после школы и в выходные дни, особенно для детей, подверженных большему риску социальной изоляции (малообеспеченных, инвалидов и т. д.).
- Школы могут укреплять связи с медицинскими центрами и организациями социального обслуживания, чтобы дети и подростки не оказывались без внимания из-за нестыковок между частями системы.

5.2.4. Системы здравоохранения

- Облегчить предотвращение травм и работу с ними способна недорогая, физически доступная, основанная на научных данных подготовка студентов-медиков

и медицинских работников в области ранней детской травмы. Специализированное образование играет особенно важную роль для психотерапевтов-педиатров.

- Расширение стимулирования в целях найма и удержания квалифицированных специалистов в области психического здоровья может способствовать изменению организационной культуры и повысить внимание к профилактике и комплексному лечению.
- Увеличение количества междисциплинарных групп с четкими протоколами направления пациентов и прописанными обязанностями может повысить качество предоставления услуг и обеспечить непрерывность лечения.
- Учебники и карманные руководства по правовым вопросам могут снизить уровень сомнений и стрессов работников здравоохранения в отношении правовых последствий оказания помощи травмированным детям и подросткам.
- Расширение общих групп поддержки и платформ для обмена информацией может предоставить специалистам в области психического здоровья возможности для установления контактов, обсуждения сложных случаев и предотвращения выгорания.
- Искоренение дискриминационных практик (например, сообщение о выявленных психических расстройствах или расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Министерство внутренних дел и дорожную полицию) позволит защитить конфиденциальность данных пациентов и их доступ к различным возможностям, а также уменьшить страхи, связанные с обращением за медицинской помощью.

5.2.5. Религиозные общины

- Религиозные лидеры могут опираться на традиционную роль церкви как безопасного убежища для людей, страдающих от травм или психических заболеваний, формируя более тесные отношения со специалистами в области психического здоровья. Совместные мероприятия, такие как проведение презентаций

и открытие групп поддержки в церквях, могут стать способом обеспечения всесторонней помощи.

- Сотрудничая со специалистами в области психического здоровья, религиозные организации могут повысить осведомленность первых о народных верованиях и аскетических практиках, способных усугубить психическое расстройство.

5.2.6. Правовые и государственные системы

- Правовые системы способны укрепить защиту детей посредством дальнейшего согласования внутреннего законодательства с международными договорами по правам человека, в частности с положениями о праве ребенка быть услышанным и праве ребенка на воспитание в семье. Четкое распределение обязанностей по осуществлению системных преобразований между государственными учреждениями может упростить взаимодействие и повысить эффективность.
- Суды могут ужесточить алгоритмы в отношении привлечения квалифицированных специалистов в области психического здоровья к делам, затрагивающим интересы детей, и прилагать все усилия для учета обстоятельств жизни, потребностей и прав детей в ходе расследований и судебных разбирательств. Укрепить потенциал в этой области можно посредством регулярного обучения и проверки знаний юристов.
- В некоторых случаях правительства могут внести уточняющие поправки в законы о работе с семьями, находящимися в трудной ситуации, включая процесс изъятия детей из небезопасной семейной ситуации и обеспечение доступа детей к психологической поддержке.
- Правительства могут осуществлять национальные меры, направленные на сокращение потребления алкоголя, включая более строгое соблюдение возрастных ограничений в розничной торговле, ограничение доступности алкоголя, ценовую политику по повышению стоимости алкоголя, меры по борьбе с вождением в нетрезвом виде и запреты или всеобъемлющие ограничения на рекламу алкоголя, с тем чтобы изменить отношение общества к алкоголю, снизить уровень

злоупотребления алкоголем и прервать связанные с этим замкнутые циклы воспроизведения травмы.

- Правительства могут претворять в жизнь масштабные программы предупреждения нищеты и оказания социальной поддержки в целях снижения финансового и психологического давления на биологические и патронатные/приемные семьи. Появление новых возможностей в области консультирования, образования и трудоустройства может расширить возможности пользователей услуг.

5.2.7. Неправительственные и благотворительные организации

- Сотрудничество с исследовательскими инициативами может способствовать созданию фактологической базы для осуществления социальных вмешательств и повысить эффективность запроса финансирования для расширения программ.
- Дополнительные партнерские отношения с правительственными организациями и частным сектором могут способствовать мобилизации ресурсов и расширению деятельности на местах, способствуя дальнейшему усилению работы по повышению осведомленности общественности и изменению культурных норм. Достижению этой цели также будут способствовать новые коммуникационные платформы, межсекторальные практикумы и площадки для сотрудничества.

5.3. На пути к культуре сотрудничества

Семинары и статьи, освещающие тему понимания и работы с ранней детской травмой в Беларуси и Украине, демонстрируют культурно детализированный подход к реформе психолого-психиатрической помощи, который интегрирует пережитый опыт в широкую фактологическую базу. Такой подход включает в себя необходимость услышать и усилить позицию тех, кто наиболее интенсивно участвует в работе с ранней детской травмой или подвергается ее влиянию. Он опирается на настоятельную рекомендацию для специалистов, исследователей и разработчиков

политики пересмотреть представления о фактических данных, критически изучив собственные общие ценности и приоритеты, связанные со здоровьем и благополучием (51).

Подобный подход также является ответом на призывы к формированию культуры сотрудничества между заинтересованными сторонами в области реформы психолого-психиатрической помощи в Центральной и Восточной Европе (16). Объединяя мнения и опыт людей, работающих в различных секторах, он ставит своей целью преодолеть разрозненность, облегчить выявление общих целей и уникальных подходов и укрепить солидарность. Участники семинаров в Беларуси и Украине выразили признательность за предоставленную площадку, в рамках которой они смогли обсудить свои профессиональные и общечеловеческие проблемы, идеи и надежды в целях определения общей концепции. Настоящий материал, в котором вклад участников выражен их собственными словами, нацелен на привлечение дальнейшего интереса и расширение возможностей для совместного исследования этой недостаточно изученной области психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ.

Библиография

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 Reference Life Table. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575–86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
3. Krupchanka D, Winkler P. State of mental healthcare systems in Eastern Europe: do we really understand what is going on? *Br J Psych Int*. 2016; 13: 96–9.

4. Winkler P, Krupchanka D, Roberts T et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(8):634–42. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30135-9.
5. Shonkoff J, Garner S, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption and Dependant Care, Section on Developmental and Behavioural Pediatrics et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e224–e231. doi: 10.1542/peds.2011-2662.
6. Von Korff M, Scott K, Alonso J, Angermeyer MC. Mental–physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2009;39(1):33–43. doi: 10.1017/S0033291708003188.
7. Kessler R, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson MA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *BJP*. 2018;197(5):378–85. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.
8. Herzog JI, Schmahl C. Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry*. 2018;9:420. doi: 10.3389/fpsy.2018.00420.
9. Bloomfield M. Trauma and post-traumatic stress disorder: children should be seen and heard. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):193–4. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30037-9.
10. Adverse childhood experiences and health-harming behaviours among students in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/370390/ace-ukraine-eng.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
11. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).

12. Инвестируя в будущее детей: европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCANstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
13. Gospodarevskaya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;10(6):15. doi: 10.1186/1753-2000-6-15.
14. Европейское региональное бюро ВОЗ, Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике НИЗ и борьбе с ними, Программа развития Организации Объединенных Наций. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси: аргументы в пользу инвестирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/367563/bizz-case-bel-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
15. Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка
Женева: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека; 1990 (<https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
16. Культура и реформирование психолого-психиатрической помощи в Центральной и Восточной Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312305/9789289053976-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
17. Gerlach C. Kalkulierte Morde: die deutsche Wirtschafts- und Vernichtungspolitik in Weißrußland, 1941–1944 («Рассчитанные убийства: экономика Германии и политика уничтожения населения в Беларуси, 1941–1944»). Hamburg: Hamburger Edition; 2000 (на немецком языке).

18. Hasin D, Grant B. National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(11):1609–40. doi: 10.1007/s00127-015-1088-0.
19. Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ, Pietrzak RH, Sareen J. An examination of the relation between conduct disorder, childhood and adulthood traumatic events, and post-traumatic stress disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res.* 2011;45(12):1564–72. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.08.005.
20. Park S, Hong JP, Jeon HJ, Seong S, Cho MJ. Childhood exposure to psychological trauma and the risk of suicide attempts: the modulating effect of psychiatric disorders. *Psychiatry Investig.* 2015;12(2):171–6. doi: 10.4306/pi.2015.12.2.171.
21. Kessler R, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson MA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry.* 2018;197(5): 378–85. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.
22. Brown, DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, Giles WH. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* 2009;37(5):389–96. doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
23. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2003. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь; 2003.
24. Global health estimates [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
25. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).

26. О положении молодежи в Республике Беларусь в 2017 году. Национальный доклад. Минск: Министерство образования Республики Беларусь; 2018 (http://nihe.bsu.by/images/mol-pol/Национальный_доклад_О_положении_молодежи_в_РБ_за_2017.pdf, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
27. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2018. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь; 2018.
28. UNICEF annual report 2017: Belarus. Minsk: UNICEF Belarus; 2017 (https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Belarus_2017_COAR.pdf, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
29. Belarus country profile – European facts and the Global status report on violence prevention 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/301584/Belarus-GSRVP-2014-en.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
30. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2018. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь; 2018 (<http://www.belstat.gov.by>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
31. Wolowyna O, Ploky S, Levchuk N, Rudnytskyi O, Kovbasiuk A, Shevchuk P. Regional variations of 1932–34 famine losses in Ukraine. *Canadian Studies in Population*. 2016;43:175–202.
32. Klicperová-Baker M. Post-communist syndrome. Budapest: Open Society Institute; 1999.
33. Kuznetsova I, Catling J, Mikheieva O, Round J, Babenko S. Mental health in Ukraine. The results of a national survey and interviews with professionals. Birmingham: University of Birmingham; 2019.
34. Ougrin D, Gluzman S, Dratcu L. Psychiatry in post-communist Ukraine: dismantling the past, paving the way for the future. *Psychiatrist*. 2006;30:456–9.

35. Ukraine: humanitarian response plan, January–December 2018. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2018 (<https://www.who.int/health-cluster/countries/ukraine/Ukraine-2019-HRP.pdf?ua=1>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
36. Mental health in Donetsk and Luhansk oblasts – 2018. Kyiv: Kyiv International Institute of Sociology; 2018 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2018_mhpss_report_en.pdf, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
37. An evidence-based analysis of the psychosocial adaptability of conflict-exposed adolescents and the role of the education system as a protective environment. Kyiv: UNICEF Ukraine; 2019 (<https://www.unicef.org/ukraine/reports/evidence-based-analysis-psychosocial-adaptability-conflict-exposed-adolescents>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
38. Европейский портал информации здравоохранения: Украина [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://gateway.euro.who.int/ru/country-profiles/ukraine/#HBSC>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
39. Underreported violence against children in Ukraine requires joint action. Kyiv: UNICEF Ukraine; 2019 (<https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/underreported-violence-against-children-ukraine-requires-joint-action>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
40. Religious belief and national belonging in central and eastern Europe. Washington (DC): Pew Research Center; 2017 (<http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2017/05/15120244/CEUP-FULL-REPORT.pdf>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
41. European status report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-ger-eng.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
42. Ukraine country profile. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ukr.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).

43. UNICEF press release: Ukrainian adolescents neglect their health, eat unhealthy food and spend their lives on social networks [веб-сайт]. Kyiv: UNICEF Ukraine; 2019 (<https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/unicef-ukrainian-adolescents-neglect-their-health-eat-unhealthy-food-and-spend-their>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
44. ЮНИСЕФ, Украинский институт социальных исследований имени Александра Яременко. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді (Социальная обусловленность и показатели здоровья подростков и молодежи в Украине). Київ: Представництво ЮНІСЕФ в Україні; 2019 (на украинском языке) (<https://www.unicef.org/ukraine/media/921/file/Social%20conditionality%20and%20indicators%20of%20adolescent%20and%20youth%20health%20in%20Ukraine.pdf>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
45. У МОЗ підраховали приблизну кількість ін'єкційних наркоманів (В Министерстве здравоохранения подсчитали приблизительное количество инъекционных наркоманов) [веб-сайт]. Київ: Укрінформ; 2019 (на украинском языке) (<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2488445-u-moz-pidrahuvali-pribliznu-kilkist-inekciynih-narkomaniv.html>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
46. Вживання алкоголю під час вагітності (Употребление алкоголя во время беременности) [веб-сайт]. Київ: Международная система информации о врожденных нарушениях IBIS; 2019 (на украинском языке) (<http://ukr.ibis-birthdefects.org/alcogol-use-during-pregnancy/>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
47. All-Ukrainian population census. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2019 (<http://www.ukrcensus.gov.ua/eng/>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
48. Ubertazzi B. The hearing of the child in the Brussels IIa Regulation and its recast proposal. *Journal of Private International Law*. 2017(3):568–601. doi: 10.1080/17441048.2017.1386262.

49. European Union Agency for Fundamental Rights, European Court of Human Rights, European Council. Handbook on European law relating to the rights of the child. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019 (https://www.echr.coe.int/Documents/Handbook_rights_child_ENG.PDF, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
50. Хартия Европейского союза об основных правах. Люксембург: Издательство Европейского союза; 2012 (<https://eulaw.ru/treaties/charter/>, по состоянию на 25 октября 2019 г.).
51. Культура имеет значение: учет культурных контекстов здоровья при выработке политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/348246/xxxxx_World-Health-Organisation_Context-of-Health_TEXT-RUSSIAN_WEB-AW.pdf?ua=1, по состоянию на 25 октября 2019 г.).

Приложение 1. Список участников серии семинаров

Олег Айзберг

Доцент

Кафедра психиатрии и наркологии

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Беларусь

Алексей Александров

Главный врач

Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология»

Беларусь

Светлана Багдашова

Директор

Школа № 164

Беларусь

Nikita Bezborodovs

Детский психиатр

Заведующий

Клиника детской психиатрии

Детская клиническая университетская больница

Латвия

Лидия Боженко

Методист

Учебно-методический центр образования

Руководитель психологической службы

Управление образования г. Львов

Украина

Станислав Борисов

Адвокат

Украина

Людмила Бутер

Бывший главный врач

Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология»

Беларусь

Ieva Vaskiliene

Заведующая

Отделение психологического консультирования и психотерапии

Республиканская психиатрическая больница г. Вильнюс

Литва

Марина Гурченко

Начальник

Управление государственной и социальной поддержки
и социального обслуживания

Комитет по труду, занятости и социальной защите

Минский областной исполнительный комитет

Беларусь

Наталья Евченко

Детский психиатр

Медико-социальный центр «Диалог»

Западноукраинский специализированный детский медицинский
центр

Украина

Марьяна Есип

Психолог

Доцент

Кафедра клинической психологии

Украинский католический университет

Украина

Anna Kagstrom

Руководитель

Программа исследований по детям и подросткам

Департамент общественного здравоохранения

Национальный институт психического здоровья

Чехия

Ольга Казакова

Заведующая

Стационарное психиатрическое отделение

Городской клинический психиатрический диспансер г. Минск

Беларусь

Екатерина Катаргина

Психиатр, заведующая отделением

Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология»

Беларусь

Анжела Кигичак-Борщевская

Детский психиатр, психотерапевт

Доцент

Кафедра психиатрии и психотерапии

Львовский национальный медицинский университет имени

Даниила Галицкого

Национальный тренер

Проект «Детство без насилия»

Украина

Игорь Козанкевич

Священник

Украинская греко-католическая церковь

Руководитель

Реабилитационный центр «Назарет»

Директор

Благотворительная организация «Каритас» (Самборско-Дрогобычская епархия)

Украина

Kavitha Kolappa

Аспирант, психиатр

Департамент глобальной психиатрии имени доктора

Честера М. Пирса

Многопрофильная больница штата Массачусетс

Соединенные Штаты Америки

Ирина Королец

Психолог

Отдел социальных проектов

Львовский образовательный фонд

Украина

Татьяна Короткевич

Заместитель директора
Республиканский научно-практический центр психического
здоровья
Беларусь

Dzmitry Krupchanka

Специалист здравоохранения
Сектор по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами
Департамент по вопросам психического здоровья и злоупотребления
психоактивными веществами
ВОЗ
Швейцария

Ольга Литвинова

Главный детский психиатр
Министерство здравоохранения
Беларусь

Виктория Лозюк

Старший координатор
Здоровье и развитие детей
ЮНИСЕФ
Беларусь

Юлиана Маслак

Детский психиатр, психотерапевт
Центр «Круг семьи»
Украина

Наталья Масюкевич

Бывший руководитель
Городской центр психолого-педагогической помощи
Минский государственный дворец детей и молодежи
Беларусь

Наталия Мاسяк

Детский психиатр
Медико-социальный центр «Диалог»
Западноукраинский специализированный детский медицинский
центр
Украина

Олеся Ображей

Научный сотрудник
Институт социологии
Беларусь

Артем Осипян

Психолог
Начальник
Департамент профилактики злоупотреблений, ресоциализации
и реинтеграции лиц, страдающих зависимостями
Центр психического здоровья и мониторинга наркотиков и алкоголя
Министерство здравоохранения
Украина

Инна Пятницкая

Психиатр, врач
Доцент
Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь

Jelena Radosavljev Kirćanski

Клинический психолог
Институт психического здоровья
Доцент
Факультет средств массовой информации и коммуникаций
Университет Сингидунум
Сербия

Валентин Русович

Координатор программ по общественному здоровью
Страновой офис ВОЗ, Беларусь

Анна Савицкая

Детский психотерапевт
Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология»
Беларусь

Мария Саквук

Психолог
Руководитель проекта
«Мой друг – наставник»
Украина

Орест Сувало

Координатор проектов и программ
Институт психического здоровья Украинского католического
университета
Украина

Марина Тихоновец

Заместитель главного врача
по организационно-методической работе
Минская областная детская клиническая больница
Беларусь

Felicity Thomas

Старший научный сотрудник
Центр Wellcome по изучению культур и условий здоровья
Содиректор
Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам культуры и здоровья,
Эксетерский университет
Соединенное Королевство

Маргарита Тулуп

Журналист
Украина

Benedetta Ubertazzi

Адвокат
Профессор
Юридический факультет
Университет Бикокка (Милан)
Координатор и оценщик по вопросам нематериального
культурного наследия
Организация Объединенных Наций по вопросам образования,
науки и культуры
Италия

Nils Fietje

Научный сотрудник
Европейское региональное бюро ВОЗ
Дания

Елена Хейло

Специалист по борьбе с ВИЧ/СПИДом
Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)
Украина

Daniel Hugh

Руководитель программы, консультирующий психиатр
ВОЗ
Швейцария

Ирина Шмак

Руководитель
Социальный центр «Счастливый малыш»
«SOS – детские деревни»
Беларусь

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

Австрия	Израиль	Польша	Таджикистан
Азербайджан	Ирландия	Португалия	Туркменистан
Албания	Исландия	Республика Молдова	Турция
Андорра	Испания	Российская Федерация	Узбекистан
Армения	Италия	Румыния	Украина
Беларусь	Казахстан	Сан-Марино	Финляндия
Бельгия	Кипр	Северная Македония	Франция
Болгария	Кыргызстан	Сербия	Хорватия
Босния и Герцеговина	Латвия	Словакия	Черногория
Венгрия	Литва	Словения	Чехия
Германия	Люксембург	Соединенное Королевство	Швейцария
Греция	Мальта		Швеция
Грузия	Монако		Эстония
Дания	Нидерланды		
	Норвегия		

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 9789289055062



9 789289 055062 >