

Социологический институт РАН Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук
Научно-исследовательский центр социологии детства

**Актуальные вопросы защиты детства
в Санкт-Петербурге: профилактика суицидального
поведения и насилия, участие детей в принятии
решений как условие эффективности профилактики**

Методические рекомендации



Санкт-Петербург
2019

УДК 347.63
ББК 51.14
Р88

Русакова М. М., Одинокова В. А., Изотова М. Х.

Р88 Актуальные вопросы защиты детства в Санкт-Петербурге: профилактика суицидального поведения и насилия, участие детей в принятии решений как условие эффективности профилактики: Методические рекомендации. — СПб: Скифия-принт, 2019. — 82 с.
ISBN 978-5-98620-379-9

Методические рекомендации освещают актуальные вопросы в сфере безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге: диагностика и методы профилактики саморазрушающего (суицидального) поведения несовершеннолетних, диагностика и актуальные методы профилактики насилия над несовершеннолетними, участие детей в принятии решений как условие эффективности профилактической работы. Рекомендации адресованы ответственным секретарям комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрациях районов и специалистам исполнительных органов государственной власти и подведомственных им государственных учреждений, работающих в сфере профилактики правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге.

Методические рекомендации разработаны в рамках исполнения Государственного контракта № 191-01-19 от 16 апреля 2019 г. между Комитетом по вопросам законности, правопорядка и безопасности Администрации Санкт-Петербурга и Федеральным научно-исследовательским социологическим центром Российской академии наук.

ISBN 978-5-98620-379-9

© Русакова М. М., Одинокова В. А.,
Изотова М. Х., 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1. Основы диагностики саморазрушающего (суицидального) поведения несовершеннолетних	8
Глава 2. Актуальные методы профилактики саморазрушающего (суицидального) поведения несовершеннолетних	27
Глава 3. Основы диагностики насилия (в том числе, сексуального) над несовершеннолетними	31
Глава 4. Актуальные методы профилактики насилия (в том числе, сексуального) над несовершеннолетними.	44
Глава 5. Участие детей в принятии решений как условие эффективности профилактической работы с несовершеннолетними	48
Библиографический список	53
Приложение 1. Куда обратиться за помощью подростку и родителям в случае саморазрушающего (суицидального) поведения?	56
Приложение 2. Инструменты диагностики суицидального поведения	57
Приложение 3. Куда обратиться за помощью подростку и родителям в случае сексуального насилия?	60
Приложение 4. Инструменты диагностики насилия над детьми.	62
Приложение 5. Методические и информационные материалы по профилактике сексуального насилия над детьми.	69
Приложение 6. Методические и информационные материалы по обеспечению безопасности в Интернете.	74
Информация о научно-исследовательском центре социологии детства Социологического института РАН — филиала ФНИСЦ РАН.	78

ВВЕДЕНИЕ

Методические рекомендации освещают актуальные вопросы в сфере безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге. Текст в значительной степени основан на лекционном и практическом материале трех двухдневных семинаров для ответственных секретарей комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрациях районов Санкт-Петербурга и специалистов исполнительных органов государственной власти и подведомственных им государственных учреждений, работающих в сфере профилактики правонарушений несовершеннолетних. Цель этих методических рекомендаций — помочь участникам семинаров сохранить и закрепить те знания, которые они получили на семинарах.

В первых двух главах мы расскажем об основах диагностики саморазрушающего (суицидального) поведения несовершеннолетних и сформируем представление о научно-обоснованных направлениях профилактики этого поведения.

В третьей и четвертой главах мы рассмотрим основы диагностики насилия над детьми, сделав особый акцент на сексуальном насилии, как наиболее латентном виде насилия и в то же время наиболее тяжелом по последствиям для ребенка, и сформируем представление о научно-обоснованных направлениях профилактики сексуального насилия. Важно отметить связь этих двух тем — суицида и насилия, поскольку нередко именно насилие является причиной, которая побуждает подростков к суициду.

В заключительной, пятой, главе обратимся к теме участия детей в принятии решений. Мы расскажем о том, как включение несовершеннолетних в профилактическую работу поможет своевременно узнавать о проблемах, с которыми столкнулся ребенок, а значит, более эффективно предупреждать насилие и суицид.

В конце работы даны ссылки на дополнительные источники, к которым могут обратиться читатели для того, чтобы получить углубленные знания по каждой из тем (см. Библиографический список) о конкретных методах диагностики суицидального поведения и насилия, а также профилактики сексуального насилия, ориентированных на родителей и детей (см. Приложения).

Выбор тем, которые освещены в этих рекомендациях, обоснован результатами проведенных в Санкт-Петербурге исследований:

«Социальные траектории детства в современной России» (2016–2018). Это проект Научно-исследовательского центра социологии детства Социологического института РАН — филиала ФНИСЦ РАН, который был реализован в Санкт-Петербурге в 2016–2018 гг. при поддержке гранта РФФ № 16-18-10372. Исследование охватило детей в возрасте 10–17 лет, в том числе детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей из семей, получающих государственные услуги по различным основаниям, и детей из семей, признанных находящимися в социально опасном положении, а также родителей и специалистов по социальной работе, которые им помогают. Информация о судьбе каждого ребенка была получена из трех источников: сам ребенок, родитель или опекун и специалист по социальной работе, координирующий оказание помощи семье ребенка. Исследование помогло выяснить, каковы потребности детей и родителей в государственной социальной поддержке, в чем эти потребности успешно удовлетворяются, а в чем необходимо активизировать работу.

«Исследование саморазрушающего поведения (включая суицидальное) несовершеннолетних лиц, проживающих в Санкт-Петербурге» (2018). Это совместный проект СПбГУ и Следственного комитета РФ по Санкт-Петербургу, реализованный в 2018 г. Исследование включало в себя психологическое обследование подростков в возрасте от 14 до 17 лет с саморазрушающим поведением, экспертизу материалов проверок, проводимых СК РФ по Санкт-Петербургу по фактам суицидальных попыток несовершеннолетних в период 2012–2017 гг. и сорока случаев завершенных суицидов. Исследование помогло выяснить актуальные для Санкт-Петербурга обстоятельства совершения суицидальных попыток и завер-

шенного суицида. В тексте рекомендаций мы будем неоднократно обращаться к результатам этих и других надежных исследований.

Каждое учреждение системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних должно участвовать в профилактике таких тяжелых явлений, как суицидальное поведение и насилие над детьми. Для этого каждому такому учреждению необходимо определить свою роль и задачи, разработать документы (правила поведения и алгоритмы действий в случаях насилия и суицидального риска), определить порядок взаимодействия с другими субъектами профилактики, сформировать планы профилактики и выбрать наиболее эффективные методы работы с детьми и родителями, постоянно повышать квалификацию сотрудников и, при необходимости, приглашать внешних экспертов. Специалисты, регулярно вступающие в контакт с детьми, должны обладать достаточными знаниями о предупреждении суицида и насилия над детьми, о способах их выявления, о порядке действий при выявлении детей в ситуации риска. Мы надеемся, что информация, представленная в этих методических рекомендациях, поможет специалистам в организации работы по профилактике суицидального поведения и насилия над детьми.

В подготовке методических рекомендаций участвовали:

Русакова Майя Михайловна, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, руководитель Научно-исследовательского центра социологии детства, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, доцент факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета, член Общественного совета при Уполномоченном при Президенте Российской Федерации по правам ребенка (*введение, участие в подготовке глав 2, 4, 5*);

Одинокова Вероника Александровна, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН (*введение, глава 5, участие в подготовке глав 2 и 4, приложений 1, 3, 5, 6*);

Изотова Маргарита Хаджумаровна, клинический психолог, эксперт ООН по чрезвычайным ситуациям, консультант ЮНИСЕФ, старший преподаватель, ФГБОУ ВО СПб Государственный педиат-

трический медицинский университет МЗ РФ (главы 1 и 3, участие в подготовке глав 2 и 4, приложений 2 и 4).

Глубоко благодарим за поддержку и сотрудничество Комитет по вопросам законности, правопорядка и безопасности Администрации Санкт-Петербурга, Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Санкт-Петербурга, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в районах Санкт-Петербурга.

Авторы выражают признательность ответственному секретарю Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Санкт-Петербурга **Клавдии Васильевне Карловской** за поддержку научно-обоснованных мер профилактики и внимание к вопросам эффективности системы профилактики, искреннее и неравнодушное отношение к детям.

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО (СУИЦИДАЛЬНОГО) ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения, так как в возрасте 12–16 лет проявляются трудности переходного периода, начиная с психогормональных процессов и заканчивая перестройкой Я-концепции. Подросток часто переживает проблемы трех «н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью (Вроно, 2001).

По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности в этой возрастной группе во многих развитых странах занимает 2-е и 3-е места. В нашей стране в 90-е годы XX в. частота суицидов среди подростков возросла в 3 раза. Россия по абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет занимает 1-е место в мире. Суицидальные мысли бывают у 30 % лиц в возрасте 14–24 лет, а 6 % юношей и 10 % девушек совершают суицидальные действия. Только в 10 % случаев суицидальное поведение подростка преследует цель покончить собой, в 90 % целью является привлечение внимания.

Больше всего несовершеннолетних — 800 человек — в России погибло в результате самоубийств в 2014 году (Следственный комитет России, 2018). В 2017 году погибло 692, в 2018 году — 788 несовершеннолетних (Баландина, 2019).

Рассмотрим, что включают в себя понятия «суицид» и «суицидальное поведение». **Суицид** (от латинского *sui caedere* — «убивать себя») — самоповреждающее действие, приводящее к смерти, при различных суицидальных намерениях. Термин «суицидальное поведение» является более широким по отношению к понятию «суицид» и объединяет все проявления суицидальной активности — мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки самоубийства и завершённый суицид. Этот термин особенно актуален для подросткового возраста, поскольку на данном этапе возрастного развития может быть отмечено большое многообразие форм суицидального поведения [Жидков, 2014].

Можно выделить следующие типы суицидального поведения (по: Олифер О.О., Бондарева М. Ю., Садовская Т. А, Сунцова А. А., Беляк Н. В., 2015):

- Недифференцированные мысли — размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «Устал от такой жизни», «В жизни нет смысла» и т. п., где нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание смысла жизни.
- Пассивные суицидальные мысли — представления, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни: «Хорошо бы умереть», «Заснуть и не проснуться» и т. п.; они отражают внутреннюю готовность к суициду.
- Суицидальные замыслы — это активная форма проявления суицидальности — разработка плана самоубийства (продумывается способ, выбирается время и место действия).
- Суицидальные намерения — принятие решения о самоубийстве и непосредственно побуждение к суицидальным действиям.
- Суицидальные действия — итог представлений о невозможности существования в данной ситуации.

Суицид не происходит внезапно. **Пресуицид** — период времени от возникновения первых суицидальных мыслей и переживаний до их реализации — характеризуется особым психическим состоянием, которое обуславливает повышенную вероятность суицидальных

действий. В пресуициде можно выделить две фазы: предрасположительная фаза и суицидальная фаза. Рассмотрим их более подробно.

Предиспозиционная фаза

Этот период времени определяется повышенной психологической напряженностью для суицидента, поиском путей выхода из создавшейся критической ситуации. Внимание концентрируется на «непреодолимых» трудностях жизни, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей в решении возникших проблем. Ожидание возможного неблагоприятного развития событий вызывает беспокойство, постепенно перерастающее в чувство тревоги. Характерной особенностью этого периода является острая потребность человека к установлению неформального контакта, теплых дружеских отношений, потребность в сопереживании, эмоциональной поддержке («поиск опоры»), желание поделиться своими переживаниями. В этом периоде возникает чувство, что жизнь не имеет будущего, что в ней есть только прошлое. Жизнь воспринимается только ретроспективно. Человек пытается найти утешение в воспоминаниях о приятных, счастливых моментах жизни, но эти воспоминания, как правило, только отягощают восприятие настоящего. Иногда прожитая жизнь воспринимается как бесконечная череда провалов и неудач. Возникает ощущение внутренней пустоты и бессмысленности существования («Жить не стоит», «Устал от такой жизни», «Заснуть и не проснуться»), при этом мысли о собственной смерти, как правило, носят теоретический характер и не предполагают лишения себя жизни как самопроизвольно совершаемого действия.

Некоторые специалисты относят к этой фазе саморазрушающее поведение, т. е. совершение любых действий, способствующих продвижению человека в направлении более ранней физической смерти. Это может быть поведение, которое является опасным для жизни и, в конечном итоге, сокращает жизнь человека (злоупотребление алкоголем, курение, отказ от медицинской помощи при серьезных заболеваниях, пренебрежение правилами дорожного движения или техникой безопасности, экстремальный спорт без соответствующей подготовки и снаряжения, рискованное поведение и т. п.) [Шергенг, Львова, Нафикова, 2016].

Суицидальная фаза

Продолжительные, но неудачные попытки преобразовать психотравмирующую ситуацию приводят человека к тому, что все его ресурсы и резервы оказываются почти исчерпанными. Поражения и неудачи влекут за собой снижение самооценки, изменяют позитивное отношение к себе, приводят к мысли о собственной несостоятельности, порождая внутренний конфликт «неприятия самого себя», «самоотрицания». На фоне эмоционального подавления возникает «сужение сознания», оно концентрируется лишь на негативных аспектах ситуации. В результате человек оказывается неспособным воспринимать то, что смогло бы помочь ему в разрешении проблемы.

По мере того как исчерпываются все известные варианты разрешения ситуации, возникает ощущение беспомощности перед трудностями. Измененным кажется течение времени, его мучительное замедление, ощущение того, что «этот кошмар никогда не кончится». Появляются нестойкие, сначала довольно диффузные суицидальные мысли («Я что-нибудь с собой сделаю»), а позднее и суицидальные замыслы — разработка плана самоубийства, обдумывания способа, «примеивание к нему».

Принятию решения о самоубийстве обычно способствует дополнительная психотравма, которая еще более убеждает человека в неизбежности катастрофы. Причем сила ее может быть совершенно незначительной. Однако само принятие такого решения свидетельствует о переживании необычайной глубины и силы. Характерными особенностями поведения суицидентов в этом периоде являются: замкнутость, стремление к уединению, вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему, эмоциональная заторможенность, неадекватные действия и высказывания. Вместе с тем отмечаются и другие формы поведения: расчетливость, хладнокровие и даже агрессивность. С большим постоянством отмечается расстройство сна, аппетита, повышенная утомляемость, чувство бессилия, снижение работоспособности. Суицидальный период заканчивается непосредственно суицидальным актом — самоубийством или покушением на него [Шергенг, Львова, Нафикова, 2016].

Суицидальные проявления у детей и подростков отличаются от суицидального поведения у взрослых. В подавляющем большинстве случаев суицидальное поведение в детском возрасте импульсивно, носит характер ситуационно-личностных реакций, т. е. связано не с желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. **Все суицидальные действия в этом возрасте следует расценивать как истинные и подвергать глубокому анализу каждый факт покушения на самоубийство.**

Причинами суицидов у подростков чаще всего являются внутрисемейные конфликты, негативные взаимоотношения со сверстниками, смерть близкого человека, животного, наркозависимость. Переживание обиды, одиночества, собственной ненужности, отчуждённости и непонимания, чувства вины, стыда, оскорблённого самолюбия, самообвинения, боязнь позора, насмешек или унижения, страх наказания толкают подростков к суициду. По данным Единой межведомственной информационной системы, 20 % детских самоубийств приходится на май — время сдачи Государственной итоговой аттестации (ОГЭ и ЕГЭ). Нарастающая социальная дезадаптация, одиночество, нравственные и физические страдания, отсутствие перспективы порождают тревогу, агрессию, аутоагрессию, нередко выражающиеся в суицидальном поведении [Шергенг, Львова, Нафикова, 2016].

Ситуации высокого суицидального риска в детском и подростковом возрасте

- «Потеря лица».
- Буллинг.
- Любовные неудачи, трудности в отношениях, подростковая беременность.
- Вовлечённость в секты и неформальные группы.
- Сексуальное насилие.
- Межличностные конфликты как в школе, так и дома.
- Мнимая или действительная утрата любви родителей.
- Копирование поведения кумиров.

Суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается

суицидальная активность. С 14–15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16–19 годам.

Факторы риска подросткового возраста

- Потребность в самоутверждении и, как следствие, склонность к рискованному поведению.
- «Чёрно-белое» видение мира и событий.
- Низкая сопротивляемость стрессу.
- Стремление к независимости.
- Несформированная система ценностей.
- Эмоциональная нестабильность.

Большое значение имеют **личностные факторы** [Жидков, 2014]:

- наличие акцентуаций характера, преимущественно эмоционально-лабильного, сенситивного, эпилептоидного, истероидного типов;
- несформированность коммуникативных навыков, низкая коммуникативная компетентность;
- неадекватная самооценка, чувство неполноценности;
- несформированность или утрата целевых установок, лежащих в основе ценности жизни.

Наиболее опасными с точки зрения высокого риска суицида являются: формирование пограничного расстройства личности и подростковые депрессии.

Следует подчеркнуть, что суицидальное поведение встречается и у подростков, не имеющих патологических черт. Лишь в 20 % случаев психически больные совершают самоубийство; в 60 % у подростков было диагностировано пограничное психическое расстройство: невротические состояния, депрессивные состояния, аномалии характера. Оставшиеся 20 % — это психически здоровые люди, так называемая «условная норма» [Шергенг, Львова, Нафикова, 2016].

Признаками готовности к суициду могут послужить признаки суицидальной опасности [Жидков, 2014]: вербальные (речевые); бихевиоральные (поведенческие) и ситуативные. Рассмотрим, что входит в их состав.

Вербальные (речевые) признаки

Непосредственные заявления типа: «Я подумываю о самоубийстве» или «Было бы лучше умереть» или «Я не хочу больше жить». **Косвенные высказывания,** например: «Вам не придется больше обо мне беспокоиться» или «Мне всё надоело» или «Они пожалеют, когда я уйду». **Намек на смерть или шутки по этому поводу, прощание с другими людьми:** «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!», «Лучше умереть!», «Пожил и хватит!», «Ненавижу всех и всё!», «Ненавижу свою жизнь!», «Единственный выход умереть!», «Больше ты меня не увидишь!», «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!», «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!»

Бихевиоральные (поведенческие) признаки

Отчаяние и плач. Неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи. Повторное прослушивание грустной музыки и песен. Нехватка жизненной активности. Самоизоляция от семьи и любимых людей. Рост потребления алкоголя или наркотиков. Изменение суточного ритма (бодрствование ночью и сон днем). Повышение или потеря аппетита. Вялость и апатия. Неспособность сконцентрироваться и принимать решения, смятение. Уход от обычной социальной активности, замкнутость. Приведение в порядок своих дел. Отказ от личных вещей. Суицидальные попытки в прошлом. Чувство вины, упрек в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка. Потеря интереса к увлечениям, спорту, учебе. Несоблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью. Скучные планы на будущее. Стремление к тому, чтобы их оставили в покое, что вызывает раздражение со стороны других людей.

Ситуативные признаки

Это те ситуации, в которых вероятность появления суицидальных мыслей возрастает. К ним могут относиться: смерть любимого человека, особенно родителей или близких родственников; недавняя перемена места жительства; семейные конфликты; неприятности с законом; проблемы с успеваемостью на фоне завышенных академи-

ческих требований и давления со стороны педагогов и родителей; социальная изоляция, особенно от семьи или друзей; хроническая, прогрессирующая болезнь; нежелательная беременность; трудности гендерного самоопределения на фоне недостатка поддержки и информации на эту тему.

Особое внимание следует обратить на конфликты, возникающие у несовершеннолетних со сверстниками. Систематическое унижение своих одноклассников, сверстников с выкладыванием в Интернет видеоматериалов, содержащих сцены насилия, унижения и оскорбления, достаточно распространены в наше время. Около 10 % суицидов детей и подростков совершено после систематических унижений, которые они претерпели от своих одноклассников, друзей или знакомых (Kroning, Kroning, 2016).

Показатели суицидального риска

- Суицидальные импульсы, заявления, планы.
- Раздача любимых вещей.
- Прежние попытки суицида.
- Пропуски занятий учащимися, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», резкое падение успеваемости.
- Небрежность и безразличие по отношению к внешнему виду. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопытны, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.
- Стремление к уединению. Суицидальные подростки часто уходят в себя, сторонятся окружающих, замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат.
- Потеря интереса к дружбе, жизненной деятельности, увлечениям, ранее доставлявшим удовольствие.
- Изменение характера — угрюмость, отчужденность, раздражимость, беспокойство, усталость, нерешительность, апатия.
- Нарушение режима сна — бессонница, часто с ранним пробуждением или, наоборот, подъем позже обычного, ночные кошмары.
- Нерегулярный прием пищи — потеря аппетита и веса или ожорство.

- Ощущение беспомощности, бесполезности, «безучастности» («всем будет без меня лучше»).
- Всеобъемлющее чувство вины, стыда, ненависти к себе.
- Бездна надежное будущее («мне никогда не станет лучше, я всегда буду себя чувствовать себя плохо»).
- Злоупотребление наркотиками или алкоголем.

О **высоком суицидальном риске** могут говорить навязчивые размышления о смысле жизни, о собственной несостоятельности, малоценности, виновности, греховности. Должны настораживать неожиданные альтруистические и жертвеннические тенденции (раздаривание любимых вещей, активная раздача всех долгов, постоянные извинения).

Следовательно, можно выделить как внешние, социальные проблемы, так и внутренние, определяющие особенности внутриличностного развития, приводящие к суициду. Переживаемые состояния тревоги и конфликта могут быть непреодолимы для подростков и стать первичными факторами, ведущими к суицидальному поведению. Состояние депрессии может усиливать стремление подростков к саморазрушающему поведению; они нередко рассматривают окружающий мир как угрозу для них самих, трудно переживают осознание того, что не соответствуют ожиданиям своих близких.

Подросток, демонстрирующий сочетание внешних и внутренних признаков готовности к суициду, **должен быть отнесен к группе риска и незамедлительно направлен к специалистам** (см. Прил. 1).

Влияние Интернета на саморазрушающее поведение

Дети всё раньше начинают пользоваться Интернетом: в среднем уже в 4–5 лет. У 44 % детей в возрасте 5–7 лет есть собственный смартфон, у детей в возрасте 8–11 лет этот показатель уже равен 74 %. Во многом эти тенденции связаны с появлением нового поколения родителей, которые сами с детства пользуются Интернетом (Детский Рунет 2018: Отраслевой доклад).

В последние годы появилось много статей, где Интернет назывался одной из серьезных причин роста числа самоубийств среди подростков. В частности, авторы подчеркивали, что на многих форумах обсуждаются способы ухода из жизни, что в итоге приводит к одобрительному восприятию суицида, и мысль о суициде становится рутинной [Краснова, 2017]. О группах, пропагандирующих суицид в социальной сети «ВКонтакте», заговорили в 2016 г. после публикации «Группы смерти (18+)» Г. Мурсалиевой. Статья «НГ» и последовавшие за ней публикации и передачи других СМИ заложили понимание «группы смерти» как секты (сект), хорошо организованной и кем-то руководимой. Общественный резонанс, вызванный публикациями в СМИ, повлек за собой соответствующую реакцию. Однако дальнейшие исследования показали отсутствие всплеска подростковых суицидов в связи с «группами смерти» [Гладкова, 2017].

Санкт-Петербургский государственный университет по заказу Следственного комитета России провел исследование причин, по которым подростки совершают самоубийства в Санкт-Петербурге. Исследование показало, что во всех случаях попыток и завершённых самоубийств присутствовал психологический компонент — травля со стороны сверстников (буллинг), конфликт в семье или школе, нарушение самооценки. Однако не было выявлено ни одного случая попытки или завершённого самоубийства под влиянием «кураторов» или администраторов «групп смерти» в социальных сетях. (Исследование саморазрушающего поведения (включая суицидальное) несовершеннолетних лиц, проживающих в Санкт-Петербурге (2018)).

В сети Интернет существуют как сайты с материалами, которые способствуют осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, так и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. Подростки могут получить практически неограниченную информацию о способах и видах самоубийств, а также имеют возможность найти единомышленников в социальных сетях [Murphy, Kapur, Webb, Purandare, Hawton, Bergen, Waters, Cooper, 2018].

Многие исследователи признают положительное влияние некоторых сайтов на подростков и молодежь, так как они помогают снять напряжение, дать «выход негативным эмоциям». Кроме того, на некоторых сайтах посетителям рекомендуют обратиться в кризисной ситуации за профессиональной помощью в соответствующие службы. Это обеспечивает большую степень анонимности для обращающегося, ведь нередко стыдно признаться в том, что помощь действительно нужна. А суицидальные настроения чаще всего являются именно призывом о помощи, а отнюдь не результатом психического заболевания. Известны случаи отказа от суицида после нахождения онлайн-друзей и собеседников, готовых выслушать подростка [Гладкова, 2017].

Угроза суицида может быть спровоцирована не влиянием Интернета, а скорее кибер-буллингом. Кибер-буллинг — это «агрессивное, умышленное действие или поведение, которое осуществляется группой или отдельными лицами неоднократно и с течением времени в отношении жертвы, которая не может защитить себя». Распространение компрометирующей информации, унижение, шантаж, а также размещение непристойных видеоматериалов не имеет географического ограничения и может продолжаться в течение длительного периода времени. Угрозы через социальные сети и электронную почту были названы одной из причин роста числа самоубийств, причем как среди жертв, число которых возросло в 1,9 раза, так и среди авторов таких сообщений [Краснова, 2017].

Интернет является новой средой активного общения подростков. Общение в Интернете является очень важным для детей, в частности, помогает им компенсировать недостаток близости в реальной жизни [Солдатова Г. У., Теславская О. И., 2018]. Самопрезентация ребенка и подростка в интернете связана с его (ее) ролевым самоопределением и экспериментированием. Дети и подростки активно оперируют реальными и вымышленными персональными данными. Это делается посредством создания ложных («фейковых») аккаунтов (с разными целями — от сохранения инкогнито до троллинга) и «аккаунтов-двойников» (создаваемых теми, кто ведет «двойную жизнь» в Сети: один образцово-показательный» профиль для родителей и учителей, а другой — для друзей с целью поддержания определенного имиджа и репутации в различных социальных кру-

гах) [Солдатова Г. У., Олькина О. И., 2015]. С помощью профиля в социальной сети конструируется образ, который создает желаемое впечатление на аудиторию.

Родители и педагоги мало участвуют в онлайн-жизни подростков, и это является упущением, поскольку интернет обладает огромным потенциалом, как с точки зрения риска, так и с точки зрения предотвращения суицидального поведения у подростков. Самопрезентация ребенка в социальных сетях потенциально может многое сказать о ребенке или подростке, его проблемах и психологическом состоянии. Подростки, замышляющие самоубийство, могут прямо или косвенно сообщать о своих намерениях в своем профиле в социальных сетях. И напротив, самопрезентация в социальных сетях может быть яркой и позитивной, но совершенно не совпадающей с реальностью жизни подростка.

Сами подростки сообщают, что наиболее информативны (в порядке убывания значимости) такие элементы их самопрезентации в социальных сетях, как группы, цитаты, фотографии, музыка и статус [Щекотуров А. В., 2012].

Исследования показывают, что признаки депрессии, которая предшествует появлению суицидальных мыслей, можно распознать на основе наблюдения активности в социальных сетях. **Некоторые тревожные сигналы, которые могут насторожить, заметны невооруженным глазом:**

- «депрессивные» статус и фото;
- размещение нехарактерных для этого подростка постов;
- изменения в интересах (группы, музыка, записи на стене);
- время, прошедшее с тех пор, когда ребенок в последний раз заходил в профиль (или он не выходит на связь);
- прямые призывы о помощи и поддержке в профиле;
- сообщения о суицидальных мыслях и намерениях в профиле.

Исследователи проанализировали цвета 44 тыс. фотографий в Instagram, чтобы выяснить, есть ли связь между выбором цветов и диагнозом депрессия у пользователей. Было обнаружено, что фотографии, размещенные в Instagram депрессивными людьми, с большей

вероятностью будут в голубых, серых и темных тонах и получают меньше лайков [Reece, Danforth, 2017]. Анализ высказываний пользователей Facebook показал, что люди с депрессией публикуют высказывания трех типов: эмоциональные (грусть, сниженное настроение), межличностные (враждебность, одиночество) и когнитивные (фокусировка на своих переживаниях, размышления) [Eichstaedt, 2018].

Эти сигналы не обязательно являются прямыми признаками намерений лишить себя жизни, однако могут говорить о попытках найти поддержку от людей онлайн, и важно оказать такую поддержку вовремя — позвонить или написать человеку, который размещает подобную информацию, поинтересоваться, как дела, поддержать. Важно отметить, чтостораживающим должно стать не столько содержание профиля в социальных сетях (оно может быть мрачным в силу многолетней принадлежности подростка к определенным субкультурам), а скорее изменение этого содержания, нехарактерная для этого человека активность в социальной сети или наоборот, отсутствие активности у человека, который прежде был очень активен.

Самоповреждающее поведение

Самоповреждающее поведение («селф харм» — от англ. self-harm) определяется как умышленное или совершаемое неосознанно физическое повреждение самого себя, чреватое серьезной патологией и даже гибелью [Польская, Власова, 2015].

В группе риска совершения суицида — дети, у которых уже есть опыт саморазрушающего поведения, импульсивные (склонные действовать без достаточного самоконтроля, под влиянием обстоятельств или эмоций), дети с диагностированными психическими расстройствами и с употреблением психоактивных веществ. (Исследование саморазрушающего поведения (включая суицидальное) несовершеннолетних лиц, проживающих в Санкт-Петербурге (2018))

На сегодняшний день выделяют разнообразные виды и формы поведения, направленного на причинение вреда своему телу [Murphy, Kapur, Webb, Purandare, Hawton, Bergen, Waters, Cooper, 2018]. К ним относят:

- нарушения пищевого поведения;
- совершение ряда навязчивых действий (разрушение ногтей, выдергивание волос, щипание кожи);
- порезы себя острыми предметами, царапанье кожи; расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен;
- перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов;
- удары кулаком и головой о предметы и самоизбиение (чаще кулаком, проводом); уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.);
- самоожоги (чаще сигаретой);
- неполное самоудушение;
- кусание рук и других частей тела;
- злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения);
- глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок и т. п.

Самоповреждающее и суицидальное поведение имеют некоторые общие особенности. И та, и другая формы поведения обусловлены наличием внутриличностного конфликта, сформированного под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств.

«Селф-харм» может выступать как способ:

- выразить то, что трудно сформулировать словами;
- сделать реальными некоторые чувства и мысли;
- заменить эмоциональную боль физической;
- избавиться от невыносимых переживаний и мыслей;
- вернуть ощущение контроля;
- избежать травмирующих воспоминаний;

- наказать себя за неподобающее поведение, чувства или мысли;
- прекратить чувствовать себя оцепеневшим, отрешенным и отключенным от реальности;
- создать повод для заботы о себе и своем теле;
- выразить суицидальные мысли и намерения, не совершая их.

Как правило, люди, которые причиняют себе увечья, не ставят целью уход из жизни в данный момент. Самоповреждающее поведение, как правило, не связано с попыткой самоубийства, хотя среди суицидентов достаточно часто встречаются лица с предшествующим членовредительством. Установлено, что среди лиц, совершивших суицид, частота лиц, совершивших до этого самоповреждение, в 60 раз выше. Взаимосвязь между самоповреждающим и суицидальным поведением подтверждена. Переживание беспомощности, привлечение внимания («крик о помощи»), неспособность справиться с напряжением и низкая сопротивляемость внешним факторам лежат в основе как самоповреждающего, так и суицидального поведения [Польская, Власова, 2015].

Как общаться с подростками, склонными к суицидальному поведению?

Следует помнить о том, что:

- часто желания совершить суицид и отказаться от него настолько уравновешены, что если близкие, педагоги, специалисты проявят теплоту, заботу и проницательность, то ситуация может измениться в лучшую сторону;
- угрозы совершить суицид со стороны подростка требуют серьезного отношения.

Можно определить следующие задачи специалистов в процессе с подростком:

- уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций;
- оценить степень опасности (летальности) ситуации;
- помочь в принятии решения в пользу отказа от самоубийства, хотя бы на данный момент времени;

- помочь найти людей или учреждение, где подросток может получить квалифицированную помощь.

При оценке опасности летальности важно выяснить, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у подростка:

- имеется ли у него суицидальный план;
- намечены ли время и место исполнения;
- были ли суицидальные мысли и попытки в прошлом;
- как он или она сам(-а) оценивает вероятность своего суицида.

Как говорить с подростком?

- Говорите с подростком откровенно и прямо.
- Дайте ему максимально почувствовать, что вам небезразлично происходящее с ним.
- Слушайте с неподдельной искренностью и стремлением к пониманию.
- Твердо отстаивайте точку зрения: суицид — это неэффективное решение проблем.
- Прибегните к помощи авторитетных людей для оказания поддержки подростку, нуждающемуся в помощи.
- Получите обещание не причинять себе боль никаким образом.
- Подумайте, кто может помочь ребенку.
- **Убедите ребенка обратиться за помощью к специалистам; при осложненных или критических ситуациях доставьте его (ее) в ближайший психоневрологический центр или больницу (см. Прил. 1).**
- Не оставляйте ребенка одного; если необходимо уйти, оставьте его на попечение другого взрослого.
- Не отгалкивайте ребенка, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.
- Выявите ресурсы, которые помогут предотвратить суицид.

Чего не следует делать?

- Давать обещания, которые вы не сможете выполнить, ибо это приведет к обманутым надеждам, разочарованию, которые разрушат лучшие намерения. Например: «Конечно, твоя семья тебе поможет».
- Предлагать упрощенные решения типа «Всё, что тебе сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, наутро ты почувствуешь себя лучше».
- Принимать на себя чувства и просьбы: враждебность, сарказм, излишняя заботливость или индифферентность могут оттолкнуть подростка.
- Делать замечания типа «Это была Божья воля» или «Не нужно вспоминать об этом, тебе и так тяжело».
- Вступать в дискуссию о допустимости самоубийства. Сообщите только, что вы не хотите, чтобы собеседник уходил из жизни. Идеи о том, что это не выход, это плохо, будут страдать близкие, ты должен быть ответственным человеком, не должны быть главной аргументацией. Вышеуказанные «аргументы» не помогут снять страдания или снизить эмоциональное напряжение.
- Стараться рационализировать бытие и призывать к ответственности. В критическом состоянии нарушается мыслительная деятельность, человек не может адекватно воспринять даже абсолютно правильные логические рассуждения.
- Провоцировать подростка. Высказывания типа: «Ну, что ж, вперед, убивай себя, раз решил», — могут подтолкнуть подростка к суициду.

Важно помнить, что эффективное предотвращение суицида у несовершеннолетних основано на внимательном и ответственном отношении и своевременном реагировании окружающих людей — родителей и родственников, педагогов, сверстников, друзей — всех тех, кто может заметить тревожные признаки и изменения в поведении и состоянии ребенка.

Предупреждению суицидальных явлений, спасению жизни учащихся мешают представления, мифы и стереотипы. Ниже в таблице представлены основные мифы и их разоблачение. Важно знать

и помнить о них, когда вы организуете обучающие мероприятия по профилактике суицидального поведения в своей организации.

Т а б л и ц а 1

Мифы о самоубийствах

Самоубийства совершаются в основном психически нездоровыми людьми	Это самый распространенный миф. Исследования показывают, что 80-90 % человек из числа лишивших себя жизни были практически здоровыми людьми
Самоубийство невозможно предотвратить. Если человек решил покончить с собой, то никто и ничто не сможет его остановить	Кризисный период имеет определенную продолжительность, и мысль о суициде у подавляющего числа людей является лишь временной. В этом периоде человек нуждается в душевной теплоте, помощи и поддержке. Самоубийство можно предотвратить
Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что человек решил-ся на самоубийство	Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Родители и специалисты, работающие с детьми, должны знать данные признаки и уметь видеть «знаки беды», т. е. действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду
Человек, который говорит о самоубийстве, никогда его не совершит	Большинство людей, совершивших самоубийство, накануне сообщили о своих намерениях друзьям, близким, педагогам, врачам, но их либо не понимали, либо не придавали значения соответствующим высказываниям

<p>Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки</p>	<p>Анализ суицидов среди учащихся показал, что суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев. Решение может быть быстрым (от нескольких минут до часов), но фон (база) создается месяцами (неделями)</p>
<p>Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова</p>	<p>Если человек совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность — в первые один-два месяца после предшествующей попытки</p>
<p>Стремление к самоубийству передается по наследству</p>	<p>Это утверждение никем не доказано. Если в семье были случаи самоубийства или попыток самоубийства, то вероятность их совершения другими членами семьи действительно возрастает. Хотя фатальной зависимости здесь нет</p>
<p>Если человек говорит о самоубийстве — он пытается привлечь к себе внимание</p>	<p>Часто говорящие о самоубийстве переживают душевную боль и хотят поставить о ней в известность значимых людей</p>
<p>Разговоры о суициде могут способствовать его совершению</p>	<p>Разговор о суициде не может спровоцировать суицид, но может быть первым шагом его предотвращения</p>

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО (СУИЦИДАЛЬНОГО) ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

В сфере профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в настоящее время накоплен огромный международный опыт. Опираясь на актуальный систематический обзор исследований эффективности профилактики суицида у детей и взрослых в разных странах, подготовленный группой специалистов из Австралии и Нидерландов (Calear, Christensen, Freeman, Fenton, Grant, Van Spijker, Donker, 2016), можно выделить следующий перечень направлений профилактики подростковых суицидов, которые могут быть реализованы на разных уровнях (района, города, на национальном уровне):

- повышение информированности родителей, детей и специалистов, работающих с ними, о проблеме, признаках и возможностях получения квалифицированной помощи;
- скрининг несовершеннолетних в образовательных учреждениях, в учреждениях социальной защиты с целью идентификации группы риска совершения суицида (см. Прил. 2.);
- психотерапия и медикаментозное (при необходимости) лечение (антидепрессанты, антипсихотики и другие препараты по медицинским показаниям) несовершеннолетних с суицидальным риском;
- реабилитация несовершеннолетних, совершавших попытки суицида;
- ограничение доступности средств совершения суицида (в том числе ограничение доступа детей на чердаки с выходом на крышу и другие высотные объекты, ограничение доступности химических и медицинских препаратов, которые могут быть использованы для самоубийства);

- контроль масс-медиа (социальные сети, публикации в Интернете, популярная культура — фильмы, музыка и т. п.), т. е. блокирование любых ресурсов, содержащих информацию о способах совершения суицида и пропагандирующих суицид.

К методам с наибольшей доказанной эффективностью в плане предотвращения суицидов относятся следующие:

- психологическая помощь и реабилитация несовершеннолетних после попытки суицида, направленная на предупреждение рецидива (повторных попыток);
- обучение специалистов всех сфер, работающих с детьми, направленное на своевременную идентификацию симптомов депрессии и суицидального риска, и на перенаправление подростка, находящегося в зоне суицидального риска, для получения профессиональной помощи.

Результаты «Исследования саморазрушающего поведения (включая суицидальное) несовершеннолетних лиц, проживающих в Санкт-Петербурге (2018)» показали, что все перечисленные направления профилактики актуальны и для Санкт-Петербурга. В то же время, исследование позволило сделать некоторые уточнения относительно того, что является первоочередным в сфере профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних в Санкт-Петербурге.

Рассмотрим более подробно эти **рекомендации для Санкт-Петербурга**.

Рекомендации в сфере первичной профилактики

В настоящее время идентификация несовершеннолетних группы риска совершения суицида происходит по заявительному принципу (сам ребенок или родители обратились по телефону доверия или лично за профессиональной психологической или медицинской помощью), либо когда суицидальные попытки уже совершены.

Дети и родители мало информированы о том, что обращаться за профессиональной помощью необходимо при возникновении состояний тревоги и депрессии, после психологической травмы, которая может быть вызвана различными причинами (например, школьная травля, смерть близкого друга и т. д.), острого конфликта

в семье или школе, т. е. на этапе, который предшествует появлению чувства безысходности и суицидальных мыслей.

Отказ детей и родителей от обращения за профессиональной психологической и психиатрической помощью может быть вызван не только недостаточной информированностью о возможностях такой помощи, но и негативными установками по отношению к этой помощи, страхом, что на ребенка будет «навешен ярлык» психически нездорового.

Необходимо повышать качество и доступность квалифицированной психологической и психиатрической помощи несовершеннолетним:

- информировать родителей, педагогов и психологов образовательных учреждений, специалистов по социальной работе и психологов социальных служб о том, каковы причины суицидального поведения, какие воспитательные и педагогические ошибки могут провоцировать это поведение, каковы признаки готовящегося суицида;
- в профилактических материалах привлекать особое внимание к тому, что причины, побуждающие подростков к суицидальным действиям, могут быть «несерьезными» с точки зрения взрослых;
- начинать профилактику в отношении детей не позднее 14-летнего возраста (до вступления в рискованный, по совершению суицидальных действий, возраст);
- принимая во внимание тот факт, что о готовящейся попытке суицида нередко осведомлены сверстники, необходимо информировать детей о симптомах и состояниях (у себя и у сверстников), о которых следует информировать взрослых, а также о детском телефоне доверия — в каких ситуациях обращаться и какую помощь можно получить (см. Прил. 1);
- информировать родителей о том, как они могут контролировать деятельность своего ребенка в Интернете, о возможностях программ родительского контроля, обсуждать с ребенком риски и опасности Интернета, а также информировать детей и родителей о том, куда сообщать об опасном контенте, обнаруженном в Интернете (см. Прил. 7).

Рекомендации в сфере вторичной профилактики

Результаты «Исследования саморазрушающего поведения (включая суицидальное) несовершеннолетних лиц, проживающих в Санкт-Петербурге (2018)» показывают, что значительная часть несовершеннолетних на момент совершения суицидальных действий уже находились в поле зрения специалистов (психологов или психиатров) в связи с психиатрической патологией. Другие принадлежали к семьям социального риска, т. е. могли находиться в поле зрения комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, центров психолого-педагогической медико-социальной помощи (ППМСЦ), центров социальной помощи семье и детям (ЦСПСиД), органов опеки и попечительства. Это свидетельствует о необходимости проактивного скрининга суицидального риска у детей, находящихся в поле зрения специалистов, которые проявляют признаки школьной или семейной дезадаптации, с последующим перенаправлением для получения квалифицированной психологической или психиатрической помощи (см. Прил. 2).

Рекомендации в сфере третичной профилактики

Целью третичной профилактики является предотвращение новых суицидальных действий у тех, кто их уже совершал и у людей из окружения подростка, совершившего суицид. К третичной профилактике относят и работу с последствиями суицида — психической травмой, которая нанесена родителям, другим родным и близким, друзьям и одноклассникам ребенка, совершившего суицид. Для достижения этой цели нужно:

- проводить психологическую реабилитацию детей, выживших после попытки совершения суицида;
- осуществлять психологическую реабилитацию людей из окружения подростка, совершившего суицид (родителей и других членов семьи, а также друзей и сверстников);
- разрабатывать и внедрять в практику методические рекомендации по работе специалистов в постсуициде.

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ НАСИЛИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ, СЕКСУАЛЬНОГО) НАД НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ

Проблема защиты детей от жестокого обращения и насилия становится всё более и более актуальной в нашей стране, что подтверждается информацией СМИ, фактами возбуждения судебных дел, данными, полученными от кризисных центров. По данным Главного информационно-аналитического центра МВД РФ, в настоящее время дети продолжают оставаться одной из наиболее виктимных социальных групп населения России.

Жертвами преступных посягательств в 2016 г. стали 95 431 детей и подростков: 2 553 из них погибли, 45 218 несовершеннолетних пострадали. По данным Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, около 2 миллионов детей до 14 лет подвергаются насилию. Далек не все случаи насилия попадают в официальную статистику, т.е. статистические показатели не дают четкого представления о подлинной картине жестокого обращения с детьми. Лишь 2 % жертв внутрисемейного и 6 % жертв внесемейного насилия сообщают о случаях насилия властям [Беседина, 2019].

К сожалению, многие факты остаются без внимания соответствующих структур и компетентных специалистов. Именно поэтому для объективного описания распространенности данного явления в российских семьях необходимо привлекать не только данные статистики, но и результаты эмпирических социологических исследований.

Среди детей из семей, получающих социальные услуги в Санкт-Петербурге, 67,1 % детей сообщили о том, что подвергаются насилию; 37,8 % родителей знают, что ребенок подвергается насилию; 27,4 % специалистов, помогающих семье, знают, что ребенок подвергается насилию и оказывают помощь в связи с этим. Специалист знает о насилии над ребенком в 100 % случаев от родителя, ребенок никогда не сообщает о насилии по собственной инициативе. (Исследование «Социальные траектории детства в современной России» (2016–2018).

Среди всех случаев насилия над детьми 75–90 % насильников знакомы детям, и только 10–25 % случаев насилия совершается неизвестными людьми. В 35–45 % случаев насильником является родственник. По данным Комитета Госдумы по делам женщин, семьи и молодежи, ежегодно более 50 000 детей убегают из дома [Коваль, 2015].

Побеги из дома — частая реакция на насилие над ребёнком в семье. В случае побегов меры профилактики реализуются, как правило, в отношении ребенка (исправление поведения), но не решают проблему насилия и не устраняют его источник. (Исследование «Социальные траектории детства в современной России» (2016-2018).

Насилие над детьми, которое проявляется в разных формах, нарушает нормальный процесс социализации и ведет к искажению ценностно-нормативной системы личности детей, что способствует девиациям, аддикциям и другим асоциальным формам поведения. Социализация личности ребенка приобретает негативный характер, происходит искаженное усвоение норм и ценностей, принятых в обществе.

Диагностика насилия как феномена социальной действительности является крайне сложной в силу ряда причин объективного и субъективного характера. Одной из этих причин является неопределенность понятия «насилие», что затрудняет изучение проблемы насилия над ребенком и существенно ограничивает возможности оказания ему междисциплинарной помощи.

Мы предлагаем придерживаться определения, предложенного Е. Н. Волковой [Волкова, 2011]: **насилие над ребенком** — это физическое, психологическое, социальное воздействие на ребенка со стороны другого человека, семьи, группы, вынуждающее его прерывать значимую деятельность и исполнять другую, противоречащую ей либо угрожающую его физическому или психологическому здоровью и целостности.

Для точной диагностики необходимо иметь представление о **видах насилия**. Основные виды насилия — это физическое, психологическое, сексуальное насилие. Далее мы сделаем акцент на физическом и сексуальном насилии. Необходимо отметить, что любая форма насилия является нарушением прав и свобод человека. Насилие в семье редко проявляется в одной из вышеперечисленных форм; как правило, оно проявляется одновременно в комбинации разных видов насилия, примененных к ребенку. Физическое насилие всегда сопряжено с психологическим насилием, а сексуальное насилие сопряжено с физическим насилием, и все виды имеют психологические последствия для пострадавшего [Коваль, 2015].

Одной из сложностей является установление факта насилия или жестокого обращения с ребенком и уточнение достоверности этого факта. Дети, пережившие физическое насилие, в большинстве случаев имеют специфические симптомы в виде телесных повреждений, в то время как особенность ситуации детей, переживших сексуальное насилие, заключается в том, что в 40 % случаев оно не сопровождается наличием подобных объективно наблюдаемых симптомов [Волкова, 2011].

Ребенок и члены его семьи не всегда готовы заявить о насилии. Это может быть связано с рядом причин — страхом наказания, непониманием серьезности происходящего, недоверием к специалистам и т. д. В таких случаях определить ребенка, пострадавшего от жестокого обращения, можно благодаря физическим, эмоциональным и поведенческим признакам. Наличие таких признаков может подтвердить или опровергнуть свидетельства ребенка и других очевидцев, что важно при расследовании случаев жестокого обращения.

Физическое насилие над ребенком — это вид жестокого обращения, когда несовершеннолетнему причиняют боль, телесные повреждения, наносят ущерб его здоровью или физическому развитию,

лишают жизни или не предотвращают возможность причинения страданий, вреда здоровью и угрозы жизни несовершеннолетнего. Телесные повреждения, полученные детьми, далеко не во всех случаях имеют очевидно насильственный характер и могут быть получены в процессе игры или другой деятельности. В таких ситуациях при принятии решения медицинским работникам, специалистам отделений профилактики безнадзорности, работникам школ, органов опеки, социальным педагогам следует ориентироваться на следующие **признаки, позволяющие заподозрить физическое насилие** [Предупреждение жестокого обращения..., 2012; Профилактика и коррекция..., 2014]:

- неоднократность обращения за медицинской помощью в связи с получением ребенком телесных повреждений. Следует учитывать, что родители могут обращаться в разные медицинские учреждения;
- несоответствие характера повреждений рассказу родителей об обстоятельствах получения травмы. Например, наличие множественных повреждений не может быть объяснено однократным падением. При этом на теле у ребенка обнаруживаются кровоподтеки разных сроков давности, ссадины в виде полос от ударов ремнем;
- характер повреждений, свидетельствующий о жестоком обращении. Например, наличие специфических ожогов, возникающих от сигарет;
- немотивированное промедление родителей с обращением за помощью, особенно в тех случаях, когда тяжесть повреждений требовала экстренного медицинского вмешательства;
- неадекватное поведение родителей, стремление преуменьшить тяжесть повреждений, имеющихся у ребенка;
- позднее обращение за медицинской помощью или инициатива обращения за помощью исходит от постороннего лица;
- отсутствие обеспокоенности за здоровье ребёнка; невниманье, эмоциональная холодность в обращении с ребенком и отсутствие поддержки в обращении с ребенком;
- сконцентрированность родителей на собственных переживаниях;

- наличие у ребенка особенностей поведения, которые могут провоцировать агрессию со стороны родителей;
- признаки психических расстройств в поведении родителей или проявление патологических черт характера (агрессивность, возбуждение, неадекватность и др.);
- предъявление родителями к ребенку требований, которые не соответствуют его уровню развития. Например, капризы маленького ребенка не должны рассматриваться родителями как сознательное стремление досадить им.

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

При выявлении физического насилия специалисту нужно получить точные сведения о времени, месте и обстоятельствах получения травмы. Следует обращать внимание на совпадение рассказа о событии ребенка и родителей, каждого из родителей, а также специалистов, к которым в связи с этим событием они ранее обращались за помощью. При выявлении противоречий необходимо установить их причину. Наличие несовпадений в описании значимых обстоятельств события, которые родители не могут объяснить, свидетельствует о том, что травма была получена ребенком в результате физического насилия. К числу значимых противоречий может быть отнесено отрицание родителями жалоб на боль или изменение поведения ребенка, когда с учетом характера травмы эти нарушения обязательно должны быть.

Следует также обратить внимание на особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие. **На факт применения физического насилия указывают следующие особенности поведения ребенка [Коваль, 2015]:**

- страх перед уходом из школы / детского сада домой;
- страх при приближении родителя к ребенку;
- пассивность, замкнутость или повышенная агрессивность;

- общее избегание физического контакта;
- примирение со случившимся, отсутствие сопротивления;
- пассивная реакция на боль;
- болезненное отношение к замечаниям, критике;
- заискивающее поведение,
- чрезмерная уступчивость;
- лживость;
- жестокость по отношению к животным и другим детям;
- ношение одежды, не соответствующей погодным условиям (например, шерстяного свитера с высоким воротником для того, чтобы скрыть кровоподтеки на теле);
- просьбы и мольбы ребенка не сообщать родителям о неудачах (двойках, прогулах, плохом поведении) в школе.

В подростковом возрасте:

- саморазрушающее поведение (употребление алкоголя, наркотиков, курение);
- учащение случаев причинения себе вреда;
- побег из дома;
- суицидальные попытки;
- делинквентное (криминальное или антиобщественное) поведение.

Каждый из данных признаков и особенностей поведения ребенка не обязательно свидетельствует о том, что он подвергается жестокому обращению или испытывает насилие (в том числе и сексуальное). Однако, проявляющиеся в том или ином сочетании, они должны обратить на себя внимание специалистов.

Следует отметить, что иногда утверждения ребенка могут вызывать сомнения у специалистов. И. А. Алексеева и И. Г. Новосельский (2006) выделяют следующие признаки, свидетельствующие о ложности обвинений ребенком:

- ребенок подчеркивает тяжесть своего состояния, активно стремится вызвать сочувствие и жалость;
- противоречивость рассказа — ребенок рассказывает о жестком насилии, однако соответствующие телесные повреждения у него отсутствуют;

- противоречивость поведения — ребенок рассказывает о жестоком насилии, но не проявляет страха перед родителями;
- наличие психологически понятных причин для оговора родителей (использование обвинений в жестоком обращении для решения спора о месте жительства ребенка при расторжении брака; конфликтные отношения с родителями, стремление избежать наказания за проступок);
- психическое расстройство или выраженные нарушения личности у ребенка;
- чрезмерно общий характер утверждений («меня постоянно бьют, за каждый поступок избивают»);
- отсутствие эмоциональной реакции при рассказе;
- невозможность описания какого-либо конкретного случая (время, место и характер действий),
- дословное совпадение рассказа ребенка с рассказом значимого для него взрослого (например, в ситуации развода родителей).

Сексуальное насилие — вовлечение ребенка с его согласия или без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу функциональной незрелости или других причин в сексуальные действия со взрослыми или несовершеннолетними с целью получения последними удовлетворения или выгоды. Таким образом, насилием считается не только собственно половой акт, но и широкий спектр других сексуальных действий: сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию; несоответствующие возрасту ребенка домогательства, демонстрация эротических материалов с целью стимуляции ребенка.

Сексуальное насилие может совершаться не только в реальной жизни, но и в Интернете (онлайн). **Сексуальное насилие в Интернете** может принимать форму сексуального приставания или домогательства через социальные сети (груминг, секстинг) или другие онлайн-площадки. Сексуальное насилие над детьми также приобретает онлайн-характер, например, в случаях, когда акты сексуального насилия фотографируются или записываются на видео, а затем загружаются в Интернет и становятся доступными онлайн, будь то материалы для личного или общественного пользования.

Сексуальное насилие над детьми в Интернете само по себе не является новой и отдельной формой сексуального насилия. Интернет, скорее, облегчает доступ потенциальным насильникам к различным формам сексуального насилия над детьми.

Сексуальное насилие может принимать форму **сексуальной эксплуатации**. Ребенок является жертвой сексуальной эксплуатации в тех случаях, когда он принимает участие в сексуальной деятельности (в проституции, в съемке порнографических фото- и видеоматериалов) по собственной воле или в обмен на что-либо (например, в обмен на деньги, некую выгоду или же просто обещание таковых) от третьего лица или исполнителя преступления. Ребенок может быть принужден к сексуальной эксплуатации посредством применения физической силы или угроз (трэффик, торговля людьми). Возраст ребенка может сделать его более уязвимым к сексуальной эксплуатации, так как дети старшего возраста часто ошибочно полагают, что они добровольно соглашаются на сексуальные действия.

Важно знать и то, что сексуальное насилие и эксплуатация далеко не всегда осуществляется взрослым человеком или несколькими взрослыми по отношению к несовершеннолетнему. В качестве насильника может выступать несовершеннолетний. Как правило, это несовершеннолетние в возрасте 14–15 лет, около 20 % этой категории сами подвергались сексуальному насилию в прошлом. Сексуальное насилие одних несовершеннолетних в отношении других может происходить в различных контекстах — в детских коллективах, в семье, в компаниях сверстников, в интернете [Nyman, Risberg, Svensson, 2001].

Сексуальное насилие, совершаемое по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. Дети, подвергшиеся насилию, испытывают глубокие чувства изоляции, стыда, тревоги, обладают низкой, искаженной самооценкой и негативным самоотношением. Сексуальное насилие вызывает значительные психологические нарушения, которые требуют оказания ребенку специализированной помощи, так как происходит неконструктивная трансформация мировоззрения и картины мира ребенка. Установки, формирующиеся у ребенка в результате насилия, часто имеют деструктивный характер и нега-

тивно влияют на систему взаимоотношений с людьми и окружающим миром в целом [Коваль, 2015].

Одним из распространенных последствий пережитого насилия является снижение познавательных возможностей ребенка, его интеллектуальных и когнитивных способностей и, как следствие, академической успеваемости. Этот факт важно учитывать при диагностике ребенка.

Длительность этапа восстановления после пережитой травмы определяется выраженностью психологических и поведенческих нарушений, доступностью квалифицированной психологической помощи и наличием поддержки со стороны ближайшего окружения.

Признаки совершения сексуального насилия

Выделение и фиксация специфических признаков имевшего место сексуального насилия над ребенком приобретает большое значение для оказания своевременной помощи ребенку. Существует много причин, по которым ребенок не может прямо сказать о случившемся насилии. В силу своего возраста дети еще не понимают смысла сексуальных действий либо не владеют достаточным словарем, чтобы это описать. Страх быть отвергнутым сверстниками и взрослыми, смешанный с чувством стыда и вины, мешает рассказать о факте насилия. Как правило, дети пытаются привлечь внимание других членов семьи, однако, не получив поддержки со стороны значимых взрослых или столкнувшись с недоверием, либо прямыми обвинениями во лжи, дети приходят к выводу, что обращаться за помощью бессмысленно. Молчание ребенка также обусловлено страхом за себя и значимых взрослых, вызванным угрозами и агрессивным поведением насильника, а также недоверием к взрослым, опасением того, что признание не прекратит насилие, а приведет только к ухудшению ситуации [Коваль, 2015; Хилажева, 2015].

Специалист должен проявить внимание к ребенку, продемонстрировать ему свою поддержку, после чего постараться получить от ребенка информацию, необходимую для принятия адекватных мер для защиты его интересов. Приоритетным шагом является не оперативный сбор обильной информации, а выслушивание ребенка,

проявление понимания и сочувствия, а не осуждения. При диагностике насилия целесообразно обратить внимание на дополнительные признаки, свидетельствующие о достоверности слов ребенка: описание деталей, которые могли стать известны ребенку только из собственного опыта, а не в результате рассказов взрослых и сведений, полученных в Интернете или из фильмов [Коваль, 2015].

Поведенческие нарушения у детей в результате совершенного над ними сексуального насилия в значительной мере зависят от возраста ребенка. У детей 3–5 лет они проявляются в капризности и плаксивости, у детей 6–9 лет в недоверии к взрослым. У детей старше 10 лет — в нарушении взаимоотношений со сверстниками, отсутствии друзей, поскольку в этом возрасте подростки понимают сексуальный характер совершенных с ними действий и считают себя испорченными, вследствие чего не могут установить дружеские отношения со сверстниками. Среди ближайших психологических последствий наиболее распространенными являются эмоциональные нарушения: переживания гнева и злости [Волкова, 2011, Коваль, 2015].

Особенности внешнего вида ребенка, характер травм и заболеваний, свидетельствующие о сексуальном насилии:

- повреждения генитальной, анальной или оральной областей, в том числе нарушение целостности девственной плевы, повреждения кожи груди или бедер;
- расширение ануса;
- следы спермы в анальной и генитальной областях;
- заболевания, передающиеся половым путем;
- беременность;
- острые и хронические инфекции органов мочевой системы;
- кровотечения из половых органов;
- кровотечения из ануса;
- разрывы ануса, прямой кишки, влагалища, промежности;
- выпадение матки;
- выпадение прямой кишки;
- психосоматические расстройства.

Поведенческие признаки, характерные для детей, подвергшихся сексуальному насилию, представлены в таблице [Коваль, 2015]. Сочетание нескольких признаков дает основания для повышенного внимания специалистов к ребенку, даже при отсутствии физических повреждений.

Таблица 2

Поведенческие признаки, характерные для детей, подвергшихся сексуальному насилию

Возраст ребенка	Поведенческие признаки
Дошкольники	<ul style="list-style-type: none"> ✓ открытая мастурбация, введение посторонних предметов в половые органы; ✓ нарушения сна и аппетита; ✓ отказ общаться или оставаться наедине с определенным взрослым; ✓ немотивированная агрессия; ✓ ночные кошмары; страхи; ✓ регрессивное поведение (поступки, характерные для более младшего возраста); ✓ несвойственные возрасту знания о сексуальном поведении, а также сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками.
Младшие школьники	<ul style="list-style-type: none"> ✓ сексуализированное поведение, сексуально окрашенные игры со сверстниками или прямое вовлечение их в действия сексуального характера; ✓ немотивированная тревога или сниженное настроение; ✓ снижение успеваемости; ✓ отказ или нежелание возвращаться домой из школы; ✓ рисунки откровенно сексуального содержания; ✓ невозможность сосредоточиться; ✓ несвойственные возрасту знания о половых вопросах, агрессивное поведение; ✓ ухудшение взаимоотношений со сверстниками и родителями, не являющимися насильниками; ✓ деструктивное поведение;

Возраст ребенка	Поведенческие признаки
Подростки	<ul style="list-style-type: none"> ✓ раннее начало половой жизни со сверстниками или лицами старшего возраста; ✓ использование одежды, полностью закрывающей тело, отказ посещать уроки физкультуры, бассейн, пляж или другие места, где необходимо снимать верхнюю одежду; ✓ злоупотребление психоактивными веществами; ✓ депрессия; ✓ низкая самооценка; ✓ агрессивное, антисоциальное поведение; ✓ затруднения с половой идентификацией; ✓ угрозы или попытки самоубийства; ✓ побег из дома или учреждения, в котором проживает ребенок; ✓ самоповреждающее поведение; ✓ насилие (в том числе сексуальное) в отношении сверстников или детей младшего возраста.

Для своевременной диагностики сексуального насилия большое значение имеют проводимые медицинские обследования, во время которых нужно обращать внимание на внешние признаки насилия. Необходимо серьезно отнестись к заявлению ребенка о том, что с ним совершили насилие. Дети крайне редко сочиняют такие вещи, и, если они говорят об этом, скорее всего, они говорят правду. О возможном насилии могут сообщить соседи, родственники и другие люди.

В случае выявления признаков сексуального насилия над ребенком необходимо сообщить об этом в правоохранительные органы, в медицинское учреждение, в органы опеки попечительства, направить ребенка на получение кризисной психологической помощи, обеспечить участие в следственных действиях и на суде психолога. Контакты организаций, оказывающих в Санкт-Петербурге все эти виды помощи, см. в Прил. 3.

В том случае, если насилие совершалось в Интернете или через мессенджеры на телефоне (имеется переписка, фото- и видеомате-

риалы с участием пострадавшего ребенка), необходимо сохранить все эти фото- и видеоматериалы, устройства, на которых проводилась съемка и переписка (телефон, планшет, компьютер), снять скриншоты с переписки с насильником и передать эти материалы правоохранительным органам. Чем более оперативно эта информация будет передана следователям, тем больше вероятность того, что насильник будет пойман.

Диагностика насилия в учреждениях образования и социальной защиты

При обследовании педагоги-психологи должны соблюдать важнейший методический принцип комплексной психодиагностики: использование методов психолого-педагогического наблюдения, беседы, бланкового тестирования с использованием бумажных сборов данных и обработки, и проведение автоматизированного психологического тестирования с использованием компьютерных вариантов тестов. Всем известно, что возможности специалистов (педагогов, психологов) ограничены, но они многократно усиливаются после тщательного изучения и анализа каждого конкретного случая. Учет полученных данных помогает грамотно подобрать приемы и методы психолого-педагогического воздействия. Диагностические методы, которые могут использоваться психологами, работающими в учреждениях образования и социальной защиты для диагностики всех видов насилия в отношении детей, представлены в Прил. 4.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ, СЕКСУАЛЬНОГО) НАД НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ

Профилактика насилия в отношении детей — это широкий круг мер, которые включают в себя:

- предупреждение насилия (информирование, обучение и т. д.);
- идентификация пострадавших от насилия детей;
- спасение детей и оказание им экстренной медицинской и психологической помощи;
- последующая реабилитация детей, пострадавших от насилия;
- меры, направленные на предотвращение повторного насилия;
- наказание и исправление лиц, совершивших насилие в отношении детей.

Важная роль в вопросах изучения насилия, поиска эффективных методов профилактики и обобщения прогресса в борьбе с насилием принадлежит Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ выделяет три уровня профилактики насилия: первичная, вторичная и третичная [Насилие и его влияние на здоровье, 2003].

Первичная профилактика направлена на все население или отдельные группы населения без выделения специальных групп риска (например, информационные кампании, программы по профилактике буллинга в школах, образовательные курсы для детей, родителей (лиц, их заменяющих), специалистов о вреде жестокого обращения с детьми, и др.). Также первичная профилактика направлена на обучение педагогов, психологов, социальных педагогов, юристов, врачей, полицейских по предотвращению насилия над детьми.

Организация на базе учреждений социального обслуживания просветительских и образовательных программ для детей и родителей (лиц, их заменяющих) дает возможность:

- повысить правовую грамотность несовершеннолетних в вопросах защиты своих прав;
- ознакомить родителей с правовыми аспектами защиты прав детей;
- наладить систематическую работу с родителями по обучению навыкам ответственного родительства с отказом от насильственных методов воспитания;
- привлечь детей в просветительские и образовательные программы в качестве волонтеров, например, инициировать в учреждении деятельность волонтерского движения, направленного на предотвращение жестокости в отношении детей, привлечь внимание общества к вопросам предотвращения жестокого обращения с детьми;
- отработать механизм информирования населения по вопросам противодействия жестокому обращению с детьми;
- проводить тренинги на развитие навыков конструктивного общения, взаимодействия в сложных жизненных ситуациях как для детей, так и для взрослых.

Участие родителей и детей в совместных мероприятиях, различных акциях и праздниках позволит сформировать эмоциональную близость между детьми и родителями, развить навыки конструктивного взаимодействия, даст возможность обучить родителей способам вовлечения их детей в различные виды совместной деятельности.

Важную роль в формировании уважительного отношения к правам ребенка играют средства массовой информации (телевидение, радио, Интернет и др.). Взаимодействие учреждений в процессе организации и проведения превентивных мероприятий со СМИ содействует пропаганде ненасильственных отношений в семье, распространению положительного родительского опыта.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение насилия в группах риска (дети из семей группы риска, дети-сироты, дети с инвалидностью, беспризорные дети) и может включать в

себя меры, направленные на потенциальные источники насилия (родители, педагоги, воспитатели) и на потенциальных жертв (детей). С целью организации раннего выявления случаев жестокого обращения необходимо проведение в учреждениях социального обслуживания информационной и образовательной работы со специалистами, разъяснение им признаков жестокого обращения с детьми или пренебрежения их нуждами, порядка действий в случае обнаружения таких признаков.

Третичная профилактика направлена на предотвращение повторения насилия. Она включает в себя меры по спасению и реабилитации детей, пострадавших от насилия, а также меры наказания и перевоспитания насильников. Принципиально важной является работа не только с ребенком, но и с его социальным окружением. Ребенку оказывается медицинская, юридическая, социальная и психологическая помощь.

Причины и условия возникновения жестокого обращения, последствия для ребенка и семьи носят комплексный характер (медицинский, психологический, социальный и юридический), следовательно, взаимодействовать в профилактике жестокого обращения должны специалисты различных ведомственных структур: образования, медицины, социальной работы, правоохранительных и правозащитных органов. Создание рабочей группы, состоящей из специалистов различных ведомств, позволит добиться положительных результатов в работе, а также повысить эффективность профилактики жестокого обращения с детьми в семье.

Большинство программ профилактики на нынешнем этапе развития этой области все еще фокусируется на детях — жертвах жестокого обращения (меры идентификации, спасения и реабилитации) и на виновниках (меры наказания). Меньше внимания уделяется мерам первичной профилактики, направленной на предупреждение насилия.

Поиск эффективных путей предупреждения сексуальных преступлений против детей является актуальной задачей. При ее решении необходимо учитывать международный опыт, прежде всего Конвенцию Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений (CETS № 201) 4, ратифицированную Россией 7 мая 2013 г.

Подробный анализ Конвенции и ее применения в России в настоящее время содержится в публикации А. П. Дьяченко и Е. И. Цымбала (2016).

Методы профилактики сексуального насилия и информационные ресурсы по этой теме, которые можно использовать в учреждениях образования, социальной защиты и с родителями, представлены в Прил. 5. Методы профилактики и информационные ресурсы по вопросам предотвращения сексуального насилия в интернете представлены в Прил. 6.

УЧАСТИЕ ДЕТЕЙ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ КАК УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ

Право ребенка быть услышанным является одним из главных принципов Конвенции о правах ребенка и находит отражение в отечественном законодательстве. Участие ребенка в принятии решений может происходить в различных контекстах: в вопросах выбора ежедневных занятий, мер социальной и психологической помощи, образовательного маршрута, в определении его или ее дальнейшей судьбы, например, где и с кем он или она будет жить. В условиях российского законодательства эти контексты включают в себя **судебное заседание** по вопросам усыновления, передачи в приемную семью, лишения родителей родительских прав или восстановления в родительских правах; **заседания комиссий по делам несовершеннолетних и защиты их прав**; определение содержания и реализация **программы индивидуальной профилактической работы** с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении (СОП); весь период **нахождения в учреждении** для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Правовая база участия детей в принятии решений:

Конвенция о правах ребенка

- участие в разбирательстве относительно опеки и попечительства над ребенком (ст. 9); участие в принятии решений по всем вопросам, затрагивающим ребенка (ст. 12); выражение своего мнения, получение и предоставление информации (ст. 13).

Семейный кодекс РФ

- ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы, а также быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства (ст. 57);
- в случаях, предусмотренных статьями 59, 72, 132, 134, 136, 143, 145, органы опеки и попечительства или суд могут принять решение только с согласия ребенка, достигшего возраста десяти лет;
- ребенок имеет право самостоятельно обращаться в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет — в суд (ст. 56).

Положение о комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав

- «обеспечение защиты прав и законных интересов несовершеннолетних»;
- «рассматривают ходатайства, просьбы, жалобы и другие обращения несовершеннолетних»;
- «обязательно присутствие несовершеннолетнего, дело о котором рассматривается»;
- «заслушиваются объяснения несовершеннолетнего»;
- «[комиссия] вправе удалить несовершеннолетнего с заседания районной комиссии на время исследования обстоятельств, обсуждение которых может отрицательно повлиять на него».

Что входит в **определение «участие ребенка в принятии решений»**? Участие ребенка в принятии решений — это процесс обмена информацией и диалог между детьми и взрослыми, основанный на взаимном уважении. Участие детей в принятии решений часто неверно понимается специалистами в сфере социальной защиты как принятие решений на основе желаний ребенка. Участие в принятии решений важно рассматривать как процесс, а не как результат: для самих детей более важно быть услышанными, высказаться, чем получить результат в соответствии со своими желаниями.

Важность участия детей в принятии решений для эффективной профилактической работы подтверждается результатами зарубеж-

ных исследований [Ten Brummelaar et al., 2018; Van Bijleveld et al., 2018]. Ограниченные возможности участия ребенка в принятии решений приводят к негативным последствиям:

- эмоциональные и поведенческие нарушения у детей (например, демонстрация оппозиционного поведения, пассивность, чувство беспомощности);
- детям, не участвующим в процессе принятия решений, труднее сообщить взрослым о том, что они подвергаются насилию, или о других проблемах, с которыми они столкнулись.

Включение детей в принятие решений приводит к значимым позитивным последствиям:

- выбор более эффективного реабилитационного плана;
- принятие детьми ответственности;
- лучшее обеспечение безопасности ребенка;
- дети лучше преодолевают стресс, вызванный изменениями в их жизненных обстоятельствах.

В российских условиях влияние участия в принятии решений на благополучие детей иллюстрируют результаты исследования «Социальные траектории детства в современной России (2016–2018)». Например, дети, не допущенные к участию в принятии решений во время заседания комиссии по делам несовершеннолетних так описали свои ощущения во время и после заседания:

- испытали страх и стыд;
- не понимали, кто присутствует и что происходит;
- ребенок не мог высказаться, либо не участвовал в заседании;
- члены комиссии определили меры профилактики, которые не помогли ребенку;
- повторное посещение заседания — стыда и эмоционального потрясения уже не было;
- детям важнее быть услышанными, высказаться, чем получить результат в соответствии со своими желаниями.

Исследование «Социальные траектории детства в современной России (2016–2018)» также позволило выявить следующие обстоятельства, свидетельствующие о недостаточном включении детей в принятие решений в практике работы специалистов системы профилактики:

- основная проблема, которая стала причиной СОП, формулируется по-разному специалистом, родителем и ребенком;
- специалисты преимущественно работают с матерью ребенка (даже если источником проблем или угроз для ребенка является другой член семьи) и редко разговаривают с детьми, считая коммуникацию с ребенком сферой ответственности психолога;
- все успешные случаи профилактической работы, идентифицированные в исследовании, включали в себя непосредственное общение специалиста по социальной работе с ребенком, формирование доверительных отношений между ними, серьезное отношение специалиста к мнению и чувствам ребенка.

Что мешает включать детей в принятие решений?

Со стороны специалистов, работающих с детьми:

- недостаток навыков коммуникации с детьми;
- участие не рассматривается специалистами, как необходимое;
- убежденность в том, что взрослые лучше знают, как поступить во имя наилучших интересов детей (патернализм);
- убежденность в том, что участие может навредить ребенку (например, вызовет у ребенка стрессовое состояние);
- убежденность в том, что участие детей в принятии решений подрывает авторитет родителей и противоречит ценностям традиционной семьи.

Со стороны системы профилактики:

- большое количество дел на рассмотрении КДНиЗП, следовательно, может не хватить времени на то, чтобы оказать внимание каждому ребенку;
- в районной КДНиЗП нет члена комиссии, чья роль предусматривала бы подготовку ребенка к заседанию и поддержку ребенка в процессе заседания;
- комиссия совмещает профилактические задачи и задачи в сфере наказания в связи с административными правонарушениями;

- заседание — тяжелая стрессовая ситуация для ребенка, в обстановке, которая не способствует выражению своего мнения.

Практические рекомендации по включению детей в принятие решений

Можно выделить три компонента участия ребенка:

- ребенку предоставлена информация (почему получилось так, что с ним разговаривает специалист, какова его или ее роль в судьбе ребенка, что будет происходить на заседании комиссии, какого рода решения может принимать комиссия, что будет происходить дальше);
- ребенку предоставлена возможность высказаться о проблеме (необходимо заранее подготовить ребенка к заседанию, рассказать о том, что у него будет возможность высказаться о том, как он или она видит проблему и какой для него или нее желательный исход, оказать поддержку в процессе заседания);
- точка зрения ребенка принята во внимание в соответствии с возрастом и зрелостью ребенка, ребенок проинформирован о принятом решении и о том, на чем основано принятое решение.

Обеспечение участия детей в принятии решений потребует организации следующих условий:

- владение навыками коммуникации с детьми членов КДНиЗП;
- организация процесса таким образом, чтобы в нем было место для подготовки ребенка к заседанию, предоставления ребенку возможности высказаться и получить поддержку;
- участие в заседании взрослого, которому ребенок доверяет;
- возможность оформления мнения ребенка в письменной форме или в условиях индивидуальной беседы, например, в случаях, когда обстоятельства дела являются для ребенка травмирующими и о которых тяжело говорить в публичной обстановке;
- поддержка и дружественная к ребенку атмосфера во время заседания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Алексеева И.А., Новосельский И.Г.* Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия . Помощь. М.: Генезис, 2006. 256 с. (Неблагополучная семья: преодоление кризиса).
2. *Баландина А.* «Крик о помощи»: почему подростки не хотят жить // Газета. [Электрон. ресурс]. — URL: <https://www.gazeta.ru/social/2019/04/25/12321139.shtml>
3. *Беседина О. А.* Распространенность жестокого обращения с детьми в российских семьях // Вестник Тюмен. гос. ун-та. Социально-экономические и правовые исслед. — 2019. — Т. 2. — № 3. — С. 55–65.
4. *Волкова Е. Н.* Насилие и жестокое обращение с детьми. — СПб.: ООО «Книжный Дом», 2011. — 384 с.
5. *Вроно Е. М.* Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. — М., 2001. — 40 с.
6. *Гладкова И. Г.* Некоторые аспекты суицидального поведения в подростковом возрасте // Актуальные вопросы суицидологии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. Иркутск, 26 мая 2017 г. / под ред. О.П. Ворсиной. — Иркутск, 2017. — С. 60–66.
7. Детский Рунет 2018. Отраслевой доклад / Институт исследований интернета. [Электрон. ресурс]. — URL: <https://internetinstitute.ru/detskiirunet-2018-otraslevoi-doklad/>
8. *Дьяченко А. П., Цымбал Е. И.* Исполнение Россией европейских стандартов о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального злоупотребления // Lex Russica. — 2016. — №. 3 (112).
9. *Жидков Р. И.* Подростковый суицид: специфика и социальные причины // Психология, социология и педагогика. — 2014. — № 9. [Электрон. ресурс]. — URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/09/3623> (дата обращения: 07.02.2019).
10. *Коваль Н. В.* К вопросу о необходимости определения понятия « обращение с ребенком» // Национ. психол. журн. — 2015. — № 1 (17).– С. 16–25.
11. *Краснова К. А., Ержигалиев Д. И.* Противодействие кибербуллицу как средство предупреждения суицидов несовершеннолетних // Юрист-Правоведь. — 2017. — № 3. — С. 78–84.
12. *Мигунова Ю. В.* Жестокое обращение с детьми в семье как предмет социологического анализа // Соврем. проблемы науки и образования. — 2016. — № 2. — [Электрон. ресурс]. — URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12905> (дата обращения: 14.08.2019).
13. *Мурсалиева Г.* Группы смерти // Нов. газ. — 2016. — 16.05.2016. — [Электрон. ресурс]. — URL: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2016/05/16/68604-gruppy-smerti-18>

14. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Этьенна Г. Круга и др.; пер. с англ. — М: Изд-во «Весь мир», 2003. — 376 с.*
15. *Олифер О. О., Бондарева М. Ю., Садовская Т. А и др. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения учащихся образовательных организаций: сб. матер. — Хабаровск: КГБОУ «Краевой центр психолого-медико-социального сопровождения», 2015. — Изд. 2-ое, доп. — 168 с. [Электрон. ресурс]. — URL: http://centerlado.ru/uploadedFiles/files/biblioteka/suicid/suicide_2015.pdf (дата обращения: 01.09.2019)*
16. *Польская Н. А., Власова Н. В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. — Т. 23. — № 4. — 2015. — С. 176 — 190. DOI:10.17759/cpp.2015230411*
17. *Попов Ю. В., Пичиков А. А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2018. — № 4. — С. 4–8.*
18. *Предупреждение жестокого обращения с детьми в семье : методические рекомендации / авт.-сост.: Л. Х. Раимбакиева, Н. А. Разнадежина, Г. Х. Батынова, Е. М. Василькина. — Сургут: Изд-во бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Методический центр развития социального обслуживания», 2012. — 62 с.*
19. *Профилактика и коррекция последствий жестокого обращения с детьми в семье: методические рекомендации / авт.-сост. Н. Б. Шевченко, О. Ю. Зорина, И. Ю. Добрынина, А. И. Дуракова. — Бийск, 2014. — 247 с.*
20. *Следственный комитет России: «Не надо демонизировать интернет» // Изв. — 29.11.2018. [Электрон. ресурс]. — URL: <https://iz.ru/817407/elena-lorija/sledstvennyi-komitet-rossii-ne-nado-demonizirovat-internet> (дата обращения: 01.09.2019)*
21. *Солдатова Г. У., Олькина О. И. Отношение к приватности и защита персональных данных: вопросы безопасности российских детей и подростков // Национ. психол. журн. — 2015. — № 3(19). — С. 56–66. [Электрон. ресурс]. — URL:<http://npsyj.ru/articles/detail.php?article=6379> (дата обращения: 01.09.2019)*
22. *Солдатова Г. У., Теславская О. И. Особенности межличностных отношений российских подростков в социальных сетях // Национ. психол. журн. — 2018. — №3(31). — С. 12–22. [Электрон. ресурс]. — URL: <http://npsyj.ru/articles/detail.php?article=7706> (дата обращения: 01.09.2019)*
23. *Хилажева Г. Ф. Насилие в семье как социальная проблема современного общества // Социол. исслед. — 2015. — № 8. — С. 61–65.*
24. *Шерген Н. А., Львова И. Н., Нафикова А. И. Сущность суицида и его социальные детерминанты // Здоровье и образование в XXI веке. — Т.18. — № 2. — 2016. — С. 761–762.*
25. *Шекотуров А. В. Гендерные саморепрезентации подростков на страницах социальной сети «ВКонтакте» // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. — 2012. — № 4 (110). [Электрон. ресурс]. — URL: https://wciom.ru/fileadmin/file/monitoring/2012/110/2012_110_09_Shekoturov.pdf (дата обращения: 01.09.2019)*

26. *Calear, A.L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J.B., Van Spijker, B. and Donker, T.* A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European child & adolescent psychiatry*, — 2016. — 25 (5), pp. 467–482.
27. *Eichstaedt J. C. et al.* Facebook language predicts depression in medical records // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. — 2018. — Vol. 115. — № 44. — Pp. 11203 — 11208.
28. *Kroning M., Kroning K.* Teen Depression and Suicide: A Silent Crisis // *J. Christ. Nurs.* 2016. — Vol. 33. — N2. Pp. 78–86.
29. *Murphy E., Kapur N., Webb R., Purandare N., Hawton K., Bergen H., Waters K., Cooper J.* Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study // *Br. J. Psychiatry*. — 2018. — N200. — Pp. 399 — 404.
30. *Nyman A., Risberg O., Svensson B.* *Young Offenders. Sexual abuse and treatment.* —Stockholm: Save the Children, 2001.
31. *Reece A. G., Danforth C. M.* Instagram photos reveal predictive markers of depression // *EPJ Data Science*. — 2017. — Vol. 6. — N1. — P. 15.
32. *Ten Brummelaar M. D. Harder A. T., Kalverboer M. E., Post W. J., Knorth E. J.* Participation of youth in decision-making procedures during residential care: A narrative review // *Child & Family Social Work*. — 2018. — T. 23. — № 1. — C. 33–44.
33. *Van Bijleveld G. G., Dedding C. W. M., Bunders-Aelen J. F. G.* Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review // *Child & Family Social Work*. — 2015. — Vol. 20. — № 2. — Pp. 129–138.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Куда обратиться за помощью подростку и родителям в случае саморазрушающего (суицидального поведения)?

В Санкт-Петербурге необходимо обратиться на телефон доверия: **8 (800) 2000-122** или **576-10-10**. Помощь оказывается в круглосуточном режиме (без выходных и праздников), анонимно и бесплатно.

Детский телефон доверия является структурным подразделением Отделения медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи для детей и подростков СПб ГКУЗ Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина (ул. Чапыгина, д. 13, лит. А) и предназначен для оказания дистанционной экстренной психологической помощи детям и подросткам с суицидальными намерениями, в ситуациях острого горя, пострадавшим от физического, сексуального и эмоционального насилия, с проблемами общения, в ситуации развода родителей и с другими семейными проблемами, детям со школьной дезадаптацией, а также несовершеннолетним, находящимся в различных трудных жизненных ситуациях.

На телефон доверия могут позвонить и дети, и взрослые. Специалисты телефона доверия окажут экстренную психологическую помощь, пригласят на очный прием и предоставят информацию о других учреждениях Санкт-Петербурга и Ленобласти, оказывающих психологическую и психотерапевтическую помощь детям.

Также за помощью можно обратиться непосредственно в Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи (ул. Чапыгина, д. 13, тел. 234-43-84). Отделение работает круглосуточно, без выходных дней. В случае высокого суицидального риска подросток может быть незамедлительно помещен в стационар Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия».

Приложение 2.

Инструменты диагностики суицидального поведения

Психологическую диагностику суицидального поведения у обучающихся педагогам-психологам следует осуществлять по следующим направлениям:

1. Диагностическое интервью с семейным анамнезом. Специалист должен выяснить, случались ли в семье обследуемого случаи суицида; узнать подробности об учащемся: как часто он размышляет о суициде, что натолкнуло его на подобные мысли и т. д.
2. Диагностика межличностных отношений в коллективе. Практика обучения и воспитания в учебных учреждениях имеет дело с группами обучающихся, между которыми складываются довольно сложные взаимоотношения, которые могут привести к суициду. Педагогу-психологу необходимо знать, какие взаимоотношения складываются между учащимися, учащимися и педагогическими работниками, социально-психологический климат в коллективе учащихся и педагогов.
3. Рекомендуемые психологические методики:
 - методика диагностики межличностных отношений Т. Лири;
 - методика «Q-сортировка» В. Стефансон;
 - «экспресс-методика» по изучению социально-психологического климата в трудовом коллективе» О. С. Михалюк и А. Ю. Шалыто;
 - оценка социально-психологического климата в педагогическом коллективе (метод полярных профилей (Е. И. Рогова);
 - экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций (фрустрационный тест С. Розенцвейга);
 - тест описания поведения Томаса;
 - метод социометрических измерений (социометрия) (Е. С. Кузьмин, Я. Н. Коломинский, В. А. Ядова и др.;
 - микроисследование «Атмосфера в группе».

4. Диагностика семейных отношений. Большое значение в формировании суицидальных наклонностей у учащихся имеют семейные отношения. Психологический климат в семье, его специфическая морально-психологическая атмосфера играет важную роль в решении каждой семьей ее воспитательных задач. Условием формирования нормальных взаимоотношений в семье является высокий уровень взаимной информированности родителей и подростков для адекватного представления о личностных особенностях друг друга.

Рекомендуемые психологические методики призваны помочь педагогам-психологам выявить особенности семейных взаимоотношений путем тестирования, как учащихся, так и их родителей:

- рисуночный тест «Семья животных», «Рисунок семьи», «Кинетический рисунок семьи»;
 - цветовой тест отношений А. М. Эткинды;
 - анализ семейных взаимоотношений (АСВ) (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис).
5. Диагностика психических состояний и свойств личности учащихся позволяют исследовать самооценку обучающихся, уровень тревожности, депрессивности, личностные особенности и эмоциональное состояние. Рекомендуемые психологические методики:
- рисуночный тест «Несуществующее животное»;
 - шкала самооценки (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин (диагностика личностной и реактивной тревожности);
 - шкала CES-D по определению уровня депрессии (А. Б. Смулевич);
 - опросник для исследования подростковой депрессивности «Депрископ» (П. Хейманс);
 - многофакторный личностный опросник Кеттелла (модификация Л. А. Ясюковой);
 - цветовой тест Люшера (в том числе его модификация Л. А. Ясюковой «Цветовой тест эмоциональных состояний»);
 - опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка (адаптация М. В. Горской);

- определение акцентуаций характера (К. Леонгард);
 - опросник суицидального риска (ОСР) (модификация Т. Н. Разуваевой);
 - методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал» М. В. Зотова и В. М. Петрукович;
 - прогностическая таблица риска суицида детей и подростков (А. Н. Волкова);
 - методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л. Б. Шнейдер);
 - шкала депрессии А. Бека;
 - шкала безнадежности А. Бека;
 - опросник «Решение трудных ситуаций» (РТС) (модифицированный вариант О. Ю. Михайловой);
 - измерение степени выраженности сниженного настроения — субдепрессии (ШНС) (модифицированный вариант Т. Н. Балашовой);
 - тест «Самооценка психических состояний» (Айзенк);
 - методика определения индивидуальных коппинг-стратегий Э. Хайма;
 - выявление суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич).
6. Определение особенностей поведения. Рекомендуемая психологическая методика — проективная методика «Hand-тест» (Э. Вагнер, адаптация Т. Н. Курбатовой), позволяющая с высокой степенью валидности определить возможность открытого проявления агрессии и отсутствие сознательного контроля над поведенческими реакциями.
7. Диагностика особенностей адаптации. Рекомендуемая психологическая методика — методика диагностики социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд).

Приложение 3.

Куда обратиться за помощью подростку и родителям в случае сексуального насилия?

СПб ГБУСО социальный приют для детей «Транзит»

СПб ГБУСО социальный приют для детей «Транзит» оказывает психологическую помощь детям, пострадавшим от сексуального насилия, и сопровождают ребенка в ходе следственных действий по ст. 131-135 УК РФ, тел. 576-83-57. Юрисконсульт приюта «Транзит» консультирует по вопросам сопровождения ребенка в ходе следственных действий. На сайте приюта «Транзит» по адресу <http://shelter-tranzit.ru/помощь-2/> можно получить информацию о том, как родителям уберечь своего ребенка от сексуального насилия, что делать, если всё-таки насилие случилось. Специалисты получают методическую информацию по проблеме насилия и особенностям сопровождения детей на следственных действиях. На странице юридической помощи можно задать вопрос юристу по поводу сопровождения детей, пострадавших от сексуального насилия.

Телефон доверия

Телефон доверия **8 (800) 2000-122** или **576-10-10**. Помощь оказывается круглосуточном режиме (без выходных и праздников), анонимно и бесплатно. На телефон доверия могут позвонить и дети, и взрослые. Специалисты телефона доверия окажут экстренную психологическую помощь, пригласят на очный прием и предоставят информацию об учреждениях Санкт-Петербурга и Ленобласти, оказывающих психологическую и психотерапевтическую помощь детям.

Кризисное отделение Центра восстановительного лечения

Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи для детей и подростков СПб ГКУЗ Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина

(ул. Чапыгина, д. 13, лит. А). Отделение оказывает помощь детям и подросткам с суицидальными намерениями, в ситуациях острого горя, пострадавшим от физического, сексуального и эмоционального насилия, с проблемами общения, в ситуации развода родителей и с другими семейными проблемами, детям со школьной дезадаптацией, а также несовершеннолетним, находящимся в различных трудных жизненных ситуациях. Адрес: ул. Чапыгина, д. 13, тел. 234-43-84). Отделение работает круглосуточно, без выходных дней.

Консультативно-диагностический центр для детей «ЮВЕНТА»

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской консультативно-диагностический центр для детей «ЮВЕНТА» (репродуктивное здоровье)» <http://juventa-spb.info>. Старо-Петергофский пр., д.12. Режим работы: с 8.00 до 21.00 по будним дням. Тел. +7 (812) 644-57-57 – справочное, регистратура с 8.00 до 21.00. Телефон доверия для подростков:+7 (812) 251-00-33 (24 часа). В Центре можно получить первую медицинскую помощь при травмах наружных половых органов после сексуального насилия, осуществить профилактику инфекций, передающихся половым путем, получить кризисную психологическую и психотерапевтическую помощь.

Приложение 4.

Инструменты диагностики насилия над детьми

Основные методы диагностики насилия:

- 1) наблюдение за соматическим состоянием ребенка;
- 2) наблюдение за поведением;
- 3) наблюдение за игрой;
- 5) анализ продуктов творчества;
- 6) рассказ самого ребенка;
- 7) анализ специальных психодиагностических материалов (тестов, опросники и пр.).

Проведение диагностических мероприятий направлено на решение двух задач:

- выявление случая(-ев) насилия в отношении ребенка;
- диагностика последствий насилия для развития ребенка, т. е. выявление нарушений в познавательном и эмоционально-личностном развитии.

Остановимся подробнее на некоторых из указанных методов.

1. Клиническое интервью, которое позволяет понять, есть ли у ребенка специфические психические последствия пережитого насилия (например, чувство вины, позора, возникшее вследствие перенесенного насилия), является важной составляющей оценки ситуации ребенка. Оценка ситуации насилия должна включать в себя оценку присутствия депрессии, тревожных расстройств и нарушений поведения ребенка.
2. Стандартизованные опросники:
 - опросник ICAST-C (авторы: А. Золотор, Е. Н. Волкова, О.М.Исаева и др.) — версия опросника, предназначенная для опроса детей и подростков 11–18 лет;
 - опросник ICAST-P (авторы: Д. Раньян, Е.Н. Волкова, О. М. Исаева и др.) — опросник для изучения распространенности насилия над детьми, предназначенный для опроса родителей или лиц, их заменяющих;

- опросник ICAST-R (авторы: М. Дунн, Е. Н. Волкова, О. М. Исаева и др.) – опросник для изучения опыта пережитого насилия у молодежи 18–24 лет.

3. Диагностика особенностей взаимоотношений в семье.

Очень важна оценка отношений ребенка с родителями или лицами, их замещающими. Данная оценка включает в себя оценку особенностей коммуникации, стилей управления конфликтом, дисциплинирующих ребенка методов (которые могут приводить к фактам физического, психологического и сексуального насилия), а также уровня доверия ребенка ко взрослым. Для этого могут быть использованы генограммы семьи, наблюдение за детско-родительскими отношениями, а также самоотчеты родителей о качестве отношений с детьми. Важным моментом оценки являются и отношения между близкими родственниками. Для диагностики детско-родительских отношений могут быть использованы:

- опросник эмоциональных отношений в семье Е. И. Захаровой;
- «Отношение к детям (тест родительского отношения)» Я. А. Варга, В. В. Столина.

4. Выявление посттравматических симптомов. Для диагностики посттравматических симптомов могут быть использованы:

- «Чек-лист симптомов травмы» Д. Бриера (Trauma Symptom Checklist (TSCC), J. Briere);
- опросник «Описание сексуального поведения ребенка» В. Фридриха (The Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), William N. Friedrich);
- опросник «Сильные стороны и трудности» Р. Гудмана (SDQ, R. Goodman);
- опросник чувств и настроений А. Ангольда (для детей 7–18 лет) (A. Angold, E.J. Costello, S.C. Messer, A. Pickles, F. Winder & D. Silver);
- методика «Незаконченные предложения» (для диагностики когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов представлений о насилии среди подростков и юношей, а именно: какое представление ребенок имеет о насилии как явлении, с какими эмоциями приходится сталкиваться в по-

вседневной жизни, каковы причины того или иного эмоционального фона; какое поведение является приемлемым для ребенка в ситуации насилия) (Волкова Е.Н.);

- методика «Интервью для диагностики насилия» (вариант для подростков 11–12 лет и вариант для подростков 13–14 лет.), «Письмо другу» (предназначена для диагностики психологического и эмоционального насилия у детей среднего и старшего школьного возраста);
- методика «Карта наблюдений» (направлена на выявление учителем, воспитателем, социальным педагогом или любым взрослым, специалистом, находящимся в постоянном контакте с ребенком, внешних физических и поведенческих проявлений, характерных для ребенка, пережившего ситуацию насилия [Волкова Е. Н., Исаева О.].

Данные, полученные с помощью этих методик, дают психологу возможность «очертить» общий контур самой ситуации насилия и ключевых нарушений у ребенка, возникших в результате перенесенного им насилия. В отношении детей дошкольного возраста часто используется вариант интервью с использованием игрушек. Возможны следующие варианты использования игровых методов для выявления насилия (прежде всего, сексуального) над ребенком:

- игра с куклами: для детей от двух до семи лет;
- рисование: для детей от пяти лет;
- рассказывание историй: для детей школьного возраста, имеющих языковые способности и достаточный словарный запас

Схема выявления нарушений в поведении ребенка (дошкольного и младшего школьного возраста), пострадавшего от жестокого обращения со стороны родителей, в результате установления которых следует обратиться к психологу

Характер нарушений поведения	Проявления нарушений поведения
Агрессивность	Ребенок ломает игрушки или постройки, ссорится со сверстниками
Негативизм	<ul style="list-style-type: none"> ✓ делает все наоборот, отказывается даже от интересной игры; ✓ часто произносит слова «не хочу» или «не буду»
Демонстративность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ отвлекается на занятиях, утрирует движения взрослых и сверстников, стремится обратить на себя внимание в ущерб организации занятий; ✓ делая все наоборот, наблюдает за реакцией окружающих
Эмоциональная отгороженность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ с трудом включается в коллективную игру; ✓ избегает прямых взглядов в лицо собеседника; ✓ стремится уединиться
«Псевдоглухота»	✓ не выполняет просьбу, хотя слышит и понимает содержание требования
Вспыльчивость	✓ бросает игрушки, может нагрубить взрослым, обидеть сверстников
Обидчивость (эмоциональная неустойчивость)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ болезненно реагирует на замечания окружающих; ✓ обижается при проигрыше в игре; ✓ чаще наблюдается недовольное выражение лица

Характер нарушений поведения	Проявления нарушений поведения
Конфликтность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ сам провоцирует конфликт; ✓ не учитывает желаний и интересов сверстников в совместной деятельности
Нерешительность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ отказывается от ведущих ролей в играх; ✓ избегает ситуации устного опроса на занятии; ✓ не отвечает, хотя знает ответ
«Дурашливость»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ реагирует смехом на замечания взрослых; ✓ дурачится; передразнивает; ✓ похвала или порицание не оказывают значительного изменения на поведение ребенка
Страхи	<ul style="list-style-type: none"> ✓ страх пылесоса; ✓ страх собаки; ✓ страх новых людей в новой ситуации; ✓ страх остаться одному; ✓ страх темноты и других природных явлений (гроза, порывы ветра и др.)
Тревога	<ul style="list-style-type: none"> ✓ блуждающий, отстраненный взгляд; ✓ ребенок не может объяснить причины избегающего поведения; ✓ неожиданно вздрагивает, проявляет немотивированную боязливость, осторожность
Скованность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ двигательльно скован, неловок в новой ситуации
Заторможенность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не знает чем заняться, бездеятельно смотрит по сторонам; ✓ говорит слишком тихо; ✓ темп действий замедлен, при выполнении заданий по сигналу запаздывает

Характер нарушений поведения	Проявления нарушений поведения
Эгоцентричность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ считает что все игрушки, все конфеты для него; ✓ стремится навязать свою игру детям
Избегание умственных усилий	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не смотрит мультфильмы; ✓ быстро устает от доступного по возрасту умственного задания
Дефицит внимания	<ul style="list-style-type: none"> ✓ смотрит по сторонам на занятии; ✓ для него приходится повторять задание по несколько раз; ✓ переспрашивает условия выполнения задания
Двигательная расторможенность (гиперактивность)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ поспешно планирует собственные действия; ✓ может встать в первой половине занятия, когда другие дети еще сидят; ✓ темп действий убыстрен, количество действий избыточно (много лишних движений и пр.); ✓ быстро возбуждается и медленно успокаиваемся от шумной игры, действует раньше установленного сигнала
Речевая расторможенность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ говорит слишком громко, темп речи убыстрен; ✓ переговаривается на занятии, несмотря на замечания взрослого
Непонимание сложных словесных инструкций	<ul style="list-style-type: none"> ✓ путает или пропускает последовательность действий по словесной инструкции взрослого
Непонимание простых словесных инструкций	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ориентируется на наглядный образец поведения или действий взрослого, а не на объяснение задания

Характер нарушений поведения	Проявления нарушений поведения
Сниженная работоспособность (умственная)	✓ быстро устает от задания, требующего умственной активности
Пониженная работоспособность (физическая)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ быстро устает на прогулке; ✓ устает от физической нагрузки; ✓ наблюдается снижение работоспособности в начале занятия

Приложение 5.

Методические и информационные материалы по профилактике сексуального насилия над детьми

Выставка «Никто не говорит об этом!» и комикс для семейного чтения, разработанные АНО «Семья детям» (Екатеринбург).

Выставка направлена на повышение информированности населения (родителей, детей, педагогов и других специалистов) об основных мерах профилактики физического, сексуального и психологического насилия в отношении детей. Основным материалом выставки — это комиксы по формированию безопасного поведения, созданные екатеринбургским художником Константином Дубковым и правила безопасности, которые помогут родителям научить детей в возрасте от 3 до 18 лет не оказаться в ситуации насилия. В ходе подготовки выставки организаторы провели несколько фокус-групп с родителями детей разных возрастов, с психологами, с представителями родительской общественности и даже журналистами. Выставка прошла в июле 2019 года в торговом центре «Мега» Екатеринбург при поддержке Уполномоченного по правам детей Свердловской области и собрала десятки тысяч посетителей и множество положительных отзывов. Две тысячи комиксов были распространены среди посетителей выставки.

Оригинал-макеты, необходимые для организации выставки по профилактике насилия, могут быть загружены с сайта АНО «Семья детям» по адресам:

- комиксы для семейного чтения «Никто не говорит об этом» http://www.family2children.ru/upload/file/Komiksi_dlya_roditelei.pdf
- шпаргалка для родителей «Правила безопасного поведения ребенка в большом городе» (телефоны доверия приведены для Свердловской области!) http://www.family2children.ru/upload/file/Buklet_dlya_roditelei.pdf
- стенды выставки «Никто не говорит об этом» (телефоны доверия приведены для Свердловской области!) http://www.family2children.ru/upload/file/Nikto_ne_govorit_stendi.pdf

Выставка может использоваться для демонстрации в общественных пространствах, учреждениях социальной защиты, образовательных учреждениях. При использовании материалов выставки обязательно ссылка на разработчика - АНО «Семья детям» (Екатеринбург).

Интерактивные методы профилактики сексуальной эксплуатации для подростков и молодежи, которые могут быть использованы в учреждениях образования и досуга

Интерактивные методы профилактики описаны в следующем пособии:

Куцак М. С., Колпакова О. И. Профилактика вовлечения подростков и молодежи в сексуальную эксплуатацию: пособие для специалистов. [Электрон. ресурс] // РОО СПСБН «Стеллит»; БФСП «Галактика», 2016.

Ссылка для загрузки: <http://ngostellit.ru/wp-content/uploads/2019/03/zelenaya-kniga-sed-1-1.pdf>

Электронные приложения к пособию можно загрузить по ссылке:

https://drive.google.com/open?id=1_W0b5vRsSPIT_26n4P3Ndmhk3nEiTIqX

Пособие предназначено для специалистов, работающих с подростками и молодежью в государственных и негосударственных организациях, в сферах образования, социальной защиты, молодежной политики. Все методы, представленные в пособии, с 2011 года использовались в профилактической работе с молодежью (включая выпускников организаций для детей-сирот) на базе профессиональных лицеев и колледжей Санкт-Петербурга.

В первой части пособия приводится краткая информация о проблеме сексуальной эксплуатации детей (СЭД): основные понятия, группы детей, в наибольшей степени подверженных риску вовлечения в сексуальную эксплуатацию, схемы вовлечения, основные последствия СЭД, ресурсы по проблеме СЭД, которые специалисты могут использовать для получения дополнительной информации о проблеме, включая контакты организаций, которые могут оказать помощь подросткам и молодежи в трудных ситуациях. Приводятся

примеры упражнений, которые специалисты могут использовать для снятия эмоционального напряжения.

Во второй части пособия описаны интерактивные профилактические занятия, направленные на предотвращение случаев вступления молодежи в сексуальные контакты, о которых они впоследствии будут сожалеть, предотвращение случаев секстинга, спонсорства и торговли людьми. Эти занятия могут провести с подростками и молодежью специалисты, работающие в государственных и общественных организациях. Также во второй части содержатся рекомендации по использованию в работе по профилактике вовлечения в торговлю людьми ролика «Две маленькие девочки». Этот ролик был разработан британской организацией «Ивс хаузинг» (Eaves Housing) и в 2015 году и также адаптирован к российской действительности авторами пособия.

В третьей части пособия представлены методы привлечения самих подростков и молодежи к проведению работы по профилактике СЭД. В число этих методов входит семинар по подготовке волонтеров (подростков и молодых людей), которые в дальнейшем будут задействованы в организации и проведении профилактических мероприятий. Остальные методы посвящены профилактике торговли людьми и формированию навыков безопасного использования Интернета, в том числе: спектакль по профилактике торговли людьми и проблеме безопасного использования интернета «Иллюзия», выставка фотографий по профилактике торговли людьми «За кулисами», станционная игра по вопросам безопасного использования Интернета «Помни о реальности», настольная игра по вопросам безопасного использования интернета «Киберлэнд», танец по профилактике вовлечения в торговлю людьми и формированию навыков безопасного использования Интернета «11 простых правил для твоей безопасности» и, в завершение, квест по профилактике вовлечения в торговлю людьми «Пропавшая».

Все методы и мероприятия описаны по единой схеме: цель, задачи, продолжительность, состав участников, содержание, технические требования к проведению и реквизит, ожидаемые результаты, рекомендации по проведению, отзывы участников. Указан рекомендованный возраст участников. Имеется электронное приложение

к пособию с материалами, необходимыми для самостоятельного проведения специалистами всех описанных в нем мероприятий.

Рекомендации для родителей

Специалисты СПб ГБУСО социальный приют для детей «Транзит» рекомендуют родителям следующие меры защиты ребенка от сексуального насилия:

1. Объяснить ребёнку, какие прикосновения допустимы, а какие нет. Рассказать, что чужие люди не должны прикасаться к ребёнку в области нижнего белья.
2. Объяснить ребёнку словарные слова, которые обозначают части тела, включая мужские и женские половые органы.
3. Объяснить ребёнку, что следует прекратить общение с человеком, который трогал ребёнка «нехорошим» образом, сказать этому человеку «нет», уйти или убежать.
4. Объяснить ребёнку, что обязательно нужно рассказать кому-то из доверенных взрослых о случаях «нехороших» прикосновений.
5. Рассказать ребёнку о том, что если кто-то потрогает ребёнка и попросит никому не рассказывать — это «плохой секрет», о нём следует рассказать доверенному взрослому.
6. Если «плохие» прикосновения были — объяснить, что ребёнок не виноват.
7. Постараться убедить ребёнка, что ему (ей) поверят и защитят, если что-то подобное произойдет и он (она) расскажет об этом.

Более подробные рекомендации для родителей доступны на сайте СПб ГБУСО социальный приют для детей «Транзит» по ссылке: <http://shelter-tranzit.ru/родителям/>

Книги для родителей и детей, в которых предусмотрена информация по профилактике сексуального насилия и по профилактике угроз в сети Интернет

1. Петрановская Л. «Что делать если...». — М.: Изд-во «АСТ», 2013. — 288 с. ISBN: 978-5-98986-650-2, 978-5-271-42489-2.

Известный детский психолог в увлекательной форме рассказывает ребенку, как правильно поступать в сложных ситуациях, с которыми он или она может столкнуться в повседневной жизни. Книга неоднократно переиздавалась и доступна в библиотеках и книжных магазинах.

2. Серия книг «Детям про ЭТО» Издательства Эксмо.

В серии — пять книг на темы, связанные с изменениями в теле, различиями между мальчиками и девочками, их отношениями, беременностью, рождением и усыновлением, сексуальными отношениями, репродуктивным здоровьем, профилактикой насилия. Книги рассчитаны на детей разного возраста. Состав серии и стоимость книг можно посмотреть, перейдя по ссылке: <https://www.labirint.ru/series/35995/>

Родителям рекомендуется предварительно ознакомиться с содержанием книг, отзывами и выбрать наиболее подходящие с точки зрения возраста их ребенка, его развития, а также принятых в семье норм и ценностей.

Приложение 6.

Методические и информационные материалы по обеспечению безопасности в Интернете

Для педагогов и психологов

Практическая психология безопасности. Управление персональными данными в интернете: учеб.-метод. пособие для работников системы общего образования / Г.У. Солдатова, А. А. Приезжева, О. И. Олькина, В. Н. Шляпников. — М.: Генезис, 2017. — 224 с.

Пособие посвящено решению актуальной задачи: повышению цифровой компетентности школьников и учителей в сфере управления персональными данными в интернете. Проанализированы теоретические и методические аспекты проблемы приватности и персональных данных. Практикум разработан для учащихся 6–10-х классов общеобразовательных школ в соответствии с принципами культурно-деятельностного подхода в психологии и педагогике. Материалы к урокам подготовлены с учетом действующего законодательства РФ, а также мирового опыта управления персональными данными в Интернете. Пособие адресовано учителям, классным руководителям, педагогам-психологам, библиотекарям, специалистам по информатизации учебного процесса, руководителям образовательных учреждений, а также руководителям и экспертам органов управления образованием, специалистам в области медиаобразования, работникам системы дополнительного профессионального образования учителей, студентам и аспирантам педагогических вузов.

Ссылка для загрузки: <http://detionline.com/assets/files/research/Internet-bezopasnost.pdf>

Для родителей и детей

Портал «Я — родитель» <http://www.ya-roditel.ru>

Портал разработан специалистами Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Портал «Я — Родитель» посвящен вопросам воспитания детей разного возраста и сконцентрирован преимущественно на психологических проблемах, с которыми сталкиваются не только родители, но и дети. Портал собрал огромное количество материалов, помогающих построить гармоничные детско-родительские отношения, конструктивно разрешать конфликтные ситуаций без криков и наказаний, наносящих ущерб психике ребенка. Здесь можно получить консультации психолога по детско-родительским отношениям, по взаимоотношениям с приемными детьми, по вопросам подготовки к ЕГЭ, профориентации подростков, безопасности детей, в том числе в Интернете, юридическим вопросам. Несколько разделов сайта предназначены для специалистов, работающих с семьями с детьми. Они содержат актуальную информацию о методиках воспитания и раннего развития детей, данные исследований, полные тексты пособий по психологии и педагогике и многое другое.

Пеллай А. Слишком рано! Секс-воспитание подростков в эпоху Интернета. — М.: Эксмо, 2017. — 192 с. ISBN 978-5-699-84347-3.

Пособие для родителей подростков по сексуальному воспитанию в «цифровую» эпоху. Книга отвечает на вопросы: «Как защитить своего ребенка от негативных последствий доступности информации порнографического характера» и «Что делать, если вы заметили, что уже что-то не так». Рассматриваются проблемы сексуального соблазна в социальных сетях, пропаганды секса в СМИ, открытости информации порнографического характера и многое другое. Приводятся конкретные рекомендации для родителей и методы психологической помощи детям, столкнувшимся с шокирующей информацией.

Методическое пособие «Поговорите с ребенком об Интернете».

Рекомендации для родителей, разработанные МТС совместно с Фондом Развития Интернет при поддержке Министерства связи и массовых коммуникаций РФ, Министерства образования и науки РФ. Ссылка для загрузки: <http://detionline.com/mts/rules>

Программы родительского контроля

Kaspersky Safe Kids (есть бесплатная и платная версии)

- Приложение Safe Kids можно использовать на устройствах с Android и iOS.
- Фильтрация веб-контента.
- Фильтрация поиска (позволяет исключить из поисковой выдачи сайты с нежелательным содержанием).
- Блокировка устройства в установленное время (за исключением звонков).
- Определение географического месторасположения (родитель может узнать, где находится ребенок).
- Мониторинг использования устройства и опровка отчетов на телефон или электронную почту родителя.
- Рекомендации психолога для родителей о том, как обсудить с ребёнком установку программ родительского контроля.

Google Family Link (бесплатно)

- Приложение Family Link можно использовать на устройствах с Android.
- Отслеживание действий. Какие приложения ребенок открывает чаще других и сколько времени в них проводит.
- Управление приложениями.
- Установка ограничений времени использования. Можно устанавливать ограничения и блокировать устройство на ночь. Блокировка устройства.
- Отслеживание местоположения
- Контроль покупок и скачивания приложений из Play Маркета.
- Рекомендации психолога для родителей о том, как обсудить с ребёнком установку программ родительского контроля.

Куда сообщить об опасном контенте

Сообщить об опасном интернет-контенте можно на сайте «Лиги безопасного интернета» <http://www.ligainternet.ru/hotline/>

Есть возможность сообщить анонимно или оставить свой адрес электронной почты. Темы сообщений:

- Детская порнография.
- Пропаганда наркотиков.
- Фишинговый ресурс.
- Экстремизм / сепаратизм.
- Призыв к самоубийству.

Линия помощи «Дети онлайн» <http://detionline.com/helpline/about>

Линия помощи «Дети онлайн» — это бесплатная всероссийская служба телефонного и онлайн-консультирования для детей и взрослых по проблемам безопасного использования Интернета и мобильной связи. На Линии помощи профессиональную психологическую и информационную поддержку оказывают психологи факультета психологии МГУ имени М. В. Ломоносова и Фонда развития Интернет.

Сотрудники Линии оказывают:

- психологическую помощь детям и подросткам, столкнувшимся с опасностью во время пользования Интернетом и/или мобильной связью;
- информационную и консультационную поддержку детям, подросткам, родителям и работникам образовательных и воспитательных учреждений по проблемам безопасного использования сети Интернет и мобильной связи детьми.

Обратиться за помощью можно на Интернет-сайт «Дети онлайн» или по телефону:

8-800-25-000-15 (звонок по России бесплатный).

Информация о научно-исследовательском центре социологии детства Социологического института РАН — филиала ФНИСЦ РАН

Руководитель: М. М. Русакова.

Сотрудники: В. А. Одинокова, О. И. Колпакова.

Научно-исследовательский центр социологии детства создан в 2014 году в ответ на практические запросы специалистов в сфере защиты детей. Цель работы Центра — осуществление научных, образовательных и прикладных проектов в области социологии детства.

Принципы работы Центра:

- стремление к максимальному включению детей в исследования;
- соблюдение этических норм проведения исследований с участием детей;
- особое внимание к практической значимости исследований;
- междисциплинарный подход.

Направления работы Центра:

- проведение фундаментальных и прикладных исследований;
- развитие научно-академических связей с российскими и зарубежными исследователями и учреждениями;
- организация и проведение научных и научно-практических семинаров и конференций;
- проведение научных экспертиз и консультаций;
- оценка и мониторинг проектов и программ в сфере детства;
- повышение квалификации специалистов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- этика исследований с участием детей.

Предметные области исследований Центра:

- рискованное поведение детей и молодежи;
- оценка благополучия детей;
- обеспечение информационной безопасности детей;
- предотвращение насилия в отношении детей;

- социально-опасное положение/трудная жизненная ситуация семей с детьми;
- дети в детских домах и приемных семьях;
- участие детей в принятии решений, затрагивающих их интересы.

Основные публикации Центра

1. Колпакова О. И., Одинокова В. А., Русакова М. М. Сексуальная эксплуатация российских детей // Петербургская социология сегодня. — 2018. — № 9. — С. 62–77. — [Электрон. ресурс]. — URL: <http://petersociology.ru/ru/node/607> (дата обращения: 01.09.2019)
2. Дубровский Р. Г., Одинокова В. А. Научная школа общественного здоровья И. Н. Гурвича (1952 — 2014) / Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. — 2018. — № 187. — С. 165–176.
3. Русакова М. М., Одинокова В. А. Профилактика насилия в отношении детей // Детство XXI века: социогуманитарный тезаурус: тематич. словарь-справочник. [Электрон. ресурс] / отв. ред. С. Н. Майорова-Щеглова. — М.: Изд-во «РОС», 2018. — С. 395–402. (+1 CD-ROM).
4. Одинокова В. А. Этика социальных исследований с участием детей // Детство XXI века: социогуманитарный тезаурус: тематич. словарь-справочник. [Электрон. ресурс] / отв. ред. С. Н. Майорова-Щеглова. — М.: Изд-во «РОС», 2018. — С. 433–436. (+1 CD-ROM).
5. Одинокова В. А. Влияние родителей и сверстников на частоту употребления алкоголя подростками // Петербургская социология сегодня. — 2018. — № 10. — С. 169–185. DOI: 10.25990/socinstras.pss-10.v6sa-1c18
6. Авдеева В. П., Русакова М. М. Теоретические основания и результаты исследования социальной политики в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в постсоветских странах // Петербургская социология сегодня. — 2017. — № 8. — С. 111–136.

Список публикаций по результатам исследования «Социальные траектории детства в современной России»

2017 год

7. Ерицян К. Ю., Колпакова О. И. Побег детей из детских домов в Российской Федерации: опыт качественного изучения // Ананьевские чтения-2017: Преемственность в психологической науке: В. М. Бехтерев, Б. Г. Ананьев, Б. Ф. Ломов: Матер. междунар. науч. конф. 24–26 окт. 2017 г. / отв. ред. Л. А. Головей, А. В. Шабольтас. — СПб.: Айсинг, 2017 — 157–158. [Электрон. ресурс]. — URL: https://pure.spbu.ru/ws/portalfiles/portal/19068137/ananevskie_chtenija_2017_sbornik.pdf (дата обращения: 01.09.2019)
8. Одинокова В. А., Русакова М. М. Теоретические основы оценки благополучия в социологии детства Матер. VII междунар. социол. Грушинской конферен-

ции «Навстречу будущему. Прогнозирование в социологических исследованиях» (15–16 марта 2017 г.) / отв. ред. А.В. Кулешова. — М.: АО «ВЦИОМ». — С. 261–264. [Электрон. ресурс]. — URL: https://wciom.ru/fileadmin/file/nauka/grusha2017/tezisi_2017.pdf (дата обращения: 01.09.2019)

9. *Одинокова В. А., Русакова М. М., Усачёва Н. М.* Опыт оценки благополучия детей в учреждениях для детей-сирот // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. — 2017. — № 2. — С. 129–144. DOI: 10.14515/monitoring.2017.2.08
10. *Eritsyan K., Kolpakova O.* Runaway behavior among children in residential care in St. Petersburg: A qualitative study Psychology in Russia: State of the Art. — Vol. 10. — Issue 4. — 2017. — Pp. 124–133. [Электрон. ресурс]. — URL: http://psychologyinrussia.com/volumes/10_4_2017.php (дата обращения: 01.09.2019)

2018 год

11. *Руппель А. Ф.* Гендерная асимметрия в социальной работе с семьями с детьми Солидарность и конфликты в современном обществе. — СПб.: Матер. Науч. конф. «XII Ковалевские чтения» (15 — 17 ноября 2018 г.). — С. 441–443. [Электрон. ресурс]. — URL: https://pure.spbu.ru/ws/portalfiles/portal/39321849/_2018_.pdf
12. *Русакова М. М., Одинокова В. А., Авдеева В. П., Захарова Ю. П., Ерицын К. Ю., Любимова А. И.* Протокол исследования «Социальные траектории детства в современной России» // Электрон. журн. «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс»: сетевое изд. — 2018. — № 4 / СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья». DOI 10.13140/RG.2.2.14232.44808

2019 год

13. *Одинокова В. А., Русакова М. М.* Участие детей, находящихся в организациях для детей-сирот, в принятии решений // Петербургская социология сегодня. — 2019. — № 11. — С. 120–135. DOI 10.25990/socinstras.pss-11.dx3p-5z44
14. *Русакова М. М.* Насилие над детьми: взгляды детей, родителей и специалистов (презентация): VII Межрегион. конф. «Семья, ребенок, общество: Проблемы и пути решения» (апрель 2019 г.). DOI: 10.13140/RG.2.2.17239.11688
15. *Odinokova V., Avdeeva V., Rusakova M.* Perceptions of violence within child protection system in Russia: views of children, parents and social workers / Victim, Perpetrator, or What Else? Generational and Gender Perspectives on Children, Youth, and Violence // Sociological Studies of Children and Youth. — Vol. 25. — Pp. 107–201. DOI:10.1108/S1537-466120190000025007

В печати

16. *Ерицын К. Ю., Одинокова В. А., Русакова М.М.* «...А потом мы избавились от отца...». Субъективная репрезентация значимых жизненных событий у подростков и молодежи, находящейся в системе социальной защиты // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены.

17. *Авдеева В. П., Рунпель А. Ф.* Ресурсы жизнестойкости и семей и детей, получающих государственную социальную помощь // Журнал социологии и социальной антропологии.
18. *Odinokova V., Rusakova M.* Participation of children in decision-making and their psychosocial well-being within the child protection system in Saint Petersburg, Russia // The Journal of Social Policy Studies.
19. *Захарова Ю.П., Любимова А. И.* Благополучие и неблагополучие семьи и ребенка в нарративах специалистов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Санкт-Петербурга // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены.

Научное издание

Русакова М. М., Одинокова В. А., Изотова М. Х.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ ДЕТСТВА
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ И НАСИЛИЯ, УЧАСТИЕ ДЕТЕЙ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ
КАК УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Методические рекомендации

Корректор *С. Л. Крутоярова*
Верстальщик *О. С. Михайлова*

Подписано в печать 23.09.2019. Формат 60×90 1/16.
Усл. печ. л. 5,125. Тираж 150 экз. Заказ № 6281.

Типография «Скифия-принт»
197198 С.-Петербург, ул. Б. Пушкарская, д. 10, лит. А. пом. 32-Н
тел. (812) 644-41-63