

## J.4

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, СТОЛКНУВШИХСЯ С МАССОВЫМ БЕДСТВОМ БЕДНОСТЬ, БЕСПРИЗОРНОСТЬ, ВОЙНА И ПЕРЕМЕЩЕНИЕ

Laura Pacione, Toby Measham, Rachel Kronick,  
Francesca Meloni, Alexandra Ricard-Guay,  
Cécile Rousseau, Monica Ruiz-Casares

Бедствия, с которыми сталкиваются дети, могут приобретать разнообразные формы. Они могут быть обусловлены конституциональной восприимчивостью, проблемами с воспитанием, внутрисемейными трудностями и дисфункциями или стрессорами из внешней среды, которые ставят под угрозу развитие детей и влияют на психическое здоровье. К таким потенциально вредным стрессорам окружающей среды, воздействующим на детей, относятся бедность, сиротство, отсутствие постоянного места жительства, детский труд и войны. В этой главе мы подробно остановимся на том, как массовые бедствия такого типа влияют на психическое здоровье и благополучие детей. В качестве примера мы используем опыт детей беженцев, для того чтобы проиллюстрировать подходы к оценке психического состояния и лечению восприимчивых детей, как только они оказываются в безопасной обстановке.

### ВЛИЯНИЕ БЕДНОСТИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

#### Определение бедности

Бедность – концепция, которую сложно определить, поскольку она перекликается со многими другими культуральными, социальными и политическими параметрами. Под «чертой бедности» обычно подразумевают минимальный уровень дохода, ниже которого человек считается бедным, по сравнению с другими гражданами данной страны (Ravallion, 2010).

Всемирный банк определяет черту бедности двумя способами: как *относительную* и *абсолютную*. *Относительная черта бедности* зависит от характера распределения доходов в данной стране и изменяется в зависимости от покупательной способности. Например, черта бедности часто определяется, как доход, составляющий 50% от установленного среднего уровня доходов в стране. *Абсолютная черта бедности* (называемая также *крайней бедностью* или *крайней нищетой*) определяется с помощью разных методов, но часто по отношению к средней стоимости основных средств выживания в 10 – 20 наиболее бедных странах. В 2005 году Всемирный банк в качестве порога абсолютной бедности определил семейный доход менее 1,25 американского доллара в день (Chen & Ravallion, 2010). До этого момента по-

рогом абсолютной бедности был 1 доллар в день. Считается, что новая цифра лучше отражает стоимость товаров. Иногда для более точного описания масштабов бедности в данной стране или регионе в качестве порогового значения используется ежедневный доход в размере менее 2 долларов в день. По данным за 2008 год, когда в качестве черты бедности был использован ежедневный доход в 1,25 доллара США в день, оказалось, что в условиях абсолютной бедности в развивающихся странах проживали 1,29 миллиарда людей или почти четверть всего населения планеты (World Bank, 2012). Если представить эту цифру в относительном выражении, то получается, что количество людей, проживающих в абсолютной бедности, в четыре раза превышает численность населения США, по данным переписи 2010 года.

В декларации и плане действий, разработанных на Всемирном саммите ООН по социальному развитию в Копенгагене в 1995 году, абсолютная бедность определена как

Махатма Ганди определил бедность, как «наихудшую форму насилия»

«состояние, характеризующееся тяжелой депривацией основных человеческих потребностей, включая еду, питьевую воду, санитарные средства, здоровье, жилище, образование и информацию.

Этот показатель зависит не только от уровня доходов, но также и от доступа к услугам» (Gordon, 2005). Таким образом, бедность можно толковать, как состояние ограниченного доступа к ресурсам, необходимым для выживания. Исходя из концепции *относительной бедности*, бедность может рассматриваться так же, как относительное материальное и социальное неблагополучие. Эти определения частично совпадают, но каждое из них имеет уникальное значение для физического и психического здоровья детей.

Многоаспектное влияние бедности Организация Объединенных Наций сформулировала в официальном определении бедности ратифицированном главами всех представительств ООН в 1998 г.: «По существу, бедность – это отсутствие возможностей выбора, нарушение человеческого достоинства. Она означает отсутствие базовых возможностей для полноценного участия в общественной жизни. Бедность означает недостаток средств для приобретения продовольствия, невозможность получения образования и медицинского обслуживания, отсутствие земельного участка для выращивания продовольствия или работы для получения средств к существованию, невозможность получения кредита. Она приводит к возникновению чувства неуверенности, бессилия и отчуждения людей, хозяйств и общин. Бедность означает склонность к насилию и часто подразумевает жизнь в неблагоприятной природной среде без доступа к чистой воде и канализации» (Gordon, 2005).

Особенно подвержены влиянию бедности дети, поскольку они, как правило, полностью зависят от своих родителей и других взрослых, и находятся в социально уязвимом и беспомощном положении (Boyden & De Berry, 2004; Lansdown, 1994; Scheper-Hughes & Sargent, 1998). Следовательно, бедность оказывает особое воздействие на детей.

### Определение детской бедности

Учитывая уязвимое социальное положение детей, Фонд ООН помощи детям (ЮНИСЕФ) настоял на том, чтобы концептуализация детской бедности проводилась за рамками концепции бедности, вызванной низким уровнем доходов. В соот-

ветствии с рабочим определением абсолютной бедности у детей под этим понятием подразумевается значительная депривация двух и более основополагающих человеческих потребностей, в том числе в следующих сферах (Gordon & Nandy, 2008):

- Лишение пищи, приводящее к тяжелому нарушению питания
- Лишение воды с ограниченным доступом к поверхностным водам или источникам воды, расположенным далеко от места проживания
- Отсутствие доступа к средствам санитарии (туалет или отхожее место)
- Невозможность получения медицинской помощи, в том числе иммунизации и необходимого лечения
- Лишение жилья (т.е. выраженная перенаселенность с проживанием пяти и более человек в одной комнате, или в жилище без настилочного материала)
- Отсутствие доступа к какому-либо профессиональному образованию
- Информационный голод (т.е. дети в возрасте от 3 до 18 не имеют дома доступа к газетам, радио, телевидению, компьютерам или телефонам)
- Лишение доступа к основным видам услуг (т.е. дети проживают за 20 и более километров от любого типа школы, или за 50 и более километров от какого-либо медицинского учреждения, в котором есть врачи).

Из этих средств в мировом масштабе наиболее распространены депривация жилища, средств санитарии, информации и воды, однако показатели могут изменяться в зависимости от региона (Gordon & Nandy, 2008).

### **Масштабы детской бедности**

Учитывая сложность измерения бедности с помощью общих данных об уровне доходов, более четкое представление о социальном неравенстве и бедности детей можно получить с помощью оценки доступа к ресурсам и услугам. По результатам оценок, из 2,2 миллиардов проживающих в мире детей, один миллиард живет меньше чем на 1 доллар в день (UNICEF, 2005a). Более того, из 1,9 миллиарда детей, проживающих южнее экватора:

- 600 миллионов не имеют нормального жилья (один из трех)
- 400 миллионов не имеют доступа к безопасной воде (один из пяти)
- 270 миллионов не имеют доступа к службам здравоохранения (один из семи) (UNICEF, 2005).

Несмотря на впечатляющие показатели абсолютной бедности в развивающихся странах, высокий уровень бедности в плане экономической и социальной депривации имеет место также и в западных странах. В обеспеченных странах риск бедности в значительной степени обуславливается этнической принадлежностью, гражданством и иммиграционным статусом. Например, в США непропорционально бедными являются дети афроамериканцев и выходцев из Латинской Америки, не имеющие медицинской страховки или имеющие ограниченный доступ

В 2006 году Генеральная Ассамблея ООН приняла первое международное соглашение по поводу определения детской бедности:

«Дети, проживающие в бедности, лишены питания, воды и средств санитарии, доступа к основным службам здравоохранения, нормальных условий проживания, образования, участия и защиты, и, несмотря на то, что значительный недостаток товаров и услуг причиняет страдания каждому человеческому существу, наибольшую угрозу и вред они несут детям, оставляя их без возможности пользоваться своими правами, реализовывать полностью свой потенциал и чувствовать себя полноценными членами общества».

Minujin & Nandy, 2012 стр. 3

к социальным услугам и образованию (Fass & Cauthen, 2008; Guendelman et al, 2005). Гражданство также может влиять на семейный риск бедности. В Германии количество детей в семьях, не имеющих гражданства и проживающих в бедности, увеличилось в три раза – с 5% в начале 90-х годов до 15% в 2001 г., тогда как уровень бедности среди детей граждан Германии не изменился (UNICEF, 2005).

Существует тесная связь между бедностью, здоровьем, социальным неравенством и несоблюдением основных прав человека (UNICEF, 2000; 2006). По результатам разных оценок, 70% бедных людей в масштабе планеты – женщины. Принято считать, что это связано с систематической дискриминацией по половому признаку, которая лишает женщин доступа к образованию, медицинскому обслуживанию, экономическим возможностям и контролю над ресурсами (United Nations Women, 2010). Соответственно, дети женского пола также подвержены непропорциональному воздействию бедности, и в условиях абсолютной нищеты они значительно чаще, чем их братья страдают от недостаточного питания, задержки роста и лишаются доступа к обучению в начальной школе (Khuwaja et al, 2005; Baig-Ansari et al, 2006; United Nations, 2010). В некоторых странах дискриминация по половому признаку в законодательстве, касающемся приобретения прав собственности и наследования, и связанные с ней ограничения в приобретении имущества, увековечивают замкнутый круг бедности для женщин и девочек (UNICEF, 2006).

### **Бедность и вооруженные конфликты**

На уровень бедности влияют также такие факторы, как политическая нестабильность, вооруженные конфликты, насилие и дискриминация, особенно такому влиянию подвержены дети. Например, в случае вооруженного конфликта и страшной нищеты, следуя стратегии выживания, семья может расценивать ребенка как обузу и перестать заботиться о нем, либо попытается продать его или использовать в военных целях (Boyden & De Berry, 2004; Einarsdóttir, 2006; Scheper-Hughes, 1987). Особое влияние бедность оказывает на несовершеннолетних, перемещенных из-за военного конфликта, которые часто не признаются пострадавшей стороной и государством не берутся под защиту (Boyden & Hart, 2007). В 2006 году Верховный комиссар ООН по делам беженцев объявил, что 5,8 миллиона человек не имеют гражданства и 13,5 миллионов считаются внутренне перемещенными лицами (Bhabha, 2009). Такие дети, нередко, либо не имеют социальных прав (которые должны гарантироваться государством), либо получают их из сострадания, если вообще получают. Другим примером особо уязвимой группы детей являются несовершеннолетние граждане, лишённые доступа к образованию или медицинской помощи из-за того, что их родители не имеют правового статуса в принимающей стране (Bernhard et al, 2007; Ruiz-Casares et al, 2010).

### **Эмоциональные, поведенческие и связанные с развитием последствия воздействия бедности на детей**

К неблагоприятным последствиям бедности у детей можно отнести ее длительное воздействие на психологическое и физическое развитие. В действительности, вред, причиненный недостаточным питанием и отсутствием доступа к необходимой меди-

цинской помощи в раннем детстве, имеет тяжелые последствия для развития и благополучия ребенка (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Nandy et al, 2005; Seccombe, 2000; Simich, 2006). Более высокая распространенность случаев инвалидности, связанных с неврологическим развитием, а также более низкой академической успеваемости среди детей, проживающих в условиях сильной нищеты, можно объяснить целым рядом факторов, в том числе белково-энергетической недостаточностью, приводящей к структурным изменениям головного мозга, дефицитом питательных микроэлементов, влиянием токсических веществ из окружающей среды, нехваткой ранней сенсорной стимуляции, анемией, вследствие паразитарных заболеваний и неблагоприятными последствиями инфекционных болезней (Bergen, 2008).

Большинство исследований влияния бедности на психическое развитие были проведены у детей из развивающихся стран, подвергшихся воздействию относительной бедности и социальной депривации. Результаты этих исследований указывают на то, что бедность повышает риск возникновения поведенческих и эмоциональных симптомов у детей и может отрицательно влиять на психическое здоровье у подростков и взрослых. В одном из исследований в 20 больших городах США были изучены 5000 семей с низким уровнем доходов, согласно полученным результатам бездомность или сомнительный статус места жительства ассоциировался с большей частотой интернализирующих и экстернализирующих проблем у трехлетних детей, по сравнению с их сверстниками, проживающими в стабильных жилищных условиях (Park et al, 2011).

В большом лонгитудинальном исследовании, проведенном в Австралии, влияние бедности в утробе матери, в возрасте шести месяцев, пяти и 14 лет ассоциировалось с более высокими показателями тревоги и депрессии в подростковом и юношеском возрасте, а повторяющийся опыт бедности ассоциировался с более слабым психическим здоровьем (Najman et al, 2010). Исследование бедных крестьянских семей, которые выбрались из нищеты благодаря денежной интервенции, показало, что в семьях у детей наблюдалось меньше симптомов расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего расстройства, однако не было отмечено изменений симптомов тревоги и депрессии (Costello et al, 2003). Это позволяет сделать предположение, что эффект бедности на интернализирующие и экстернализирующие симптомы у детей может быть обусловлен разными механизмами. В богатых странах, с позиции здоровья населения, благополучие детей ассоциируется с более выраженным равенством доходов и с более низким процентным соотношением детей, проживающих в относительной бедности, чем с отдельно взятым средним уровнем доходов хозяйств (Pickett & Wilkinson, 2007). Таким образом, было показано, что относительная бедность детей оказывает длительное воздействие на психическое здоровье как детей, так и взрослых, которое может быть связано как с материальной, так и с социальной депривацией и неравенством.

На данный момент не установлено, каким образом бедность детей приводит к более слабому психическому здоровью, но некоторые данные указывают на то, что физический и психологический стресс, связанный с этим явлением, имеет отдаленные последствия для развивающегося ребенка. Бедность может оказывать свое влияние на психическое здоровье через нарушения функционирования

симпатической части вегетативной нервной системы, с повышенным выделением адреналина и норадреналина, а также гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая стимулирует продукцию гормона стресса – кортизола (Evans & Kim, 2007). Более того, чрезмерный стресс в детском возрасте связан со структурными изменениями в разных областях развивающегося мозга, включая миндалевидную железу, гиппокамп и префронтальную зону коры, которые вовлечены в процессы эмоциональных переживаний, обучения и связаны со способностью справляться с неприятностями и стрессом (Shonkoff et al, 2012).

### **Психологическая устойчивость**

Кроме пагубного влияния бедности на детей, важно также принимать во внимание психологическую устойчивость таких детей и стратегии преодоления трудностей и решения проблем, которые они используют. Boyden (2004) отмечает, что в формировании детского опыта и способности справляться с невзгодами важную роль играют такие факторы, как пол, классовая и этническая принадлежность. Лонгитудинальное исследование многонациональной когорты детей, подвергавшихся хроническому воздействию бедности, также продемонстрировало важность роли детей в обществе, совместно с наличием социальных сетей и персональных ресурсов (Werner, 1993). Таким образом, дети являются агентами собственного развития и даже в ситуациях неблагополучия и хронической нищеты могут достаточно активно и сознательно действовать, и влиять на окружение, в котором проживают.

### **Выводы**

В заключение необходимо отметить, что бедность следует понимать, как результат взаимодействия множества факторов, включая рынки труда, политику государства и правительства, усилия, прилагаемые семьей, политические конфликты, социальную дискриминацию и персональные стратегии. Для достижения целей, которые стоят перед клинической практикой, важно рассматривать влияние бедности и социального неравенства не через узкий фокус депривации ребенка, а в более широком контексте культурных, социальных, политических и индивидуальных измерений (Sen, 2008).

## **БЫСТРОЕ СОЗРЕВАНИЕ. СИРОТЫ, ДЕТИ, ВОЗГЛАВЛЯЮЩИЕ ДОМАШНИЕ ХОЗЯЙСТВА, БЕЗПРИЗОРНИКИ И ДЕТСКИЙ ТРУД**

В большинстве стран с низким и средним уровнем доходов проблема бедности тесно связана с другими серьезными рисками для здоровья и благополучия детей, включая сиротство, утрату места жительства, перемещение, связанное с природными катастрофами и конфликтами, беспризорность и детский труд. Наиболее уязвимы дети, у которых нет взрослых опекунов. Эти дети принимают на себя роли взрослых, с тем чтобы выжить в условиях тяжелых лишений и невзгод; однако, они лишены тех прав, которыми в обществе обладают взрослые.

## СИРОТЫ И ДЕТИ, ВЕДУЩИЕ ДОМАШНЕЕ ХОЗЯЙСТВО

Количество детей-сирот в мировом масштабе оценивается в 153 миллиона (UNAIDS, 2010). К этой категории относятся все дети (от 0 до 17 лет), потерявшие одного или обоих родителей (*полусироты* и *круглые сироты* соответственно), по причине смерти, развода или были брошены. Из этих 153 миллионов 12% остались без обоих родителей и 11% потеряли одного или двух родителей из-за СПИД (UNAIDS, 2010). Это соотношение значительно меняется в зависимости от страны; так, например, 16% из всех детей-сирот Намибии остались без обоих родителей, 58% из них потеряли одного или двух родителей из-за СПИД (UNAIDS, 2010). Разнообразие определений понятия сирота существенно осложняет проведение сравнительного анализа научных данных (Sherr et al, 2008). В последнее десятилетие, основываясь на существующих данных научных исследований ситуации с сиротами и не-сиротами во многих странах, ЮНИСЕФ и большинство международных организаций более широко трактуют детские проблемы, с тем чтобы учитывать целый ряд факторов, кроме сиротства, которые делают детей и их семьи уязвимыми (например, бедное хозяйство, образование родителей, детский труд, отсутствие места жительства и т.п.). Таким образом, все чаще используется выражение «дети-сироты и уязвимые дети».

По сей день большинство сирот и других уязвимых детей проживают в больших семьях, нередко вместе со своими дедушками и бабушками (Monasch & Voergma, 2004; Nyangara, 2004). Домашние хозяйства, в которых одновременно проживают несколько поколений, и дети, которых воспитывают приемные родители, как средство формирования более прочных взаимоотношений и перераспределения ресурсов между семьями, имеют давнюю традицию во многих частях света (Madhavan, 2004). В то время как намеренная передача детей на воспитание приемным родителям в пределах большой семьи может ослаблять негативное влияние сиротства, существуют научные данные о том, что дети из семей с редкими регулярными контактами между родственниками подвержены более серьезному риску оказаться покинутыми, в случае смерти их настоящих опекунов (Foster et al, 1997). Иногда родственники не заботятся о детях-сиротах, эксплуатируют их или выгоняют из дома (Foster et al, 1997). Смерть родителей часто сопряжена с переменой места жительства и проживанием в небезопасных домашних условиях (Foster, 2000). В результате войны и перемещения миллионы детей растут без одного или обоих родителей, часто отдельно от своих родных братьев и сестер и других членов семьи.

В результате насилия, бедности и распада семьи в контексте вооруженных конфликтов, природных катастроф и пандемии СПИД появились *дети и подростки, возглавляющие домашние хозяйства* (Luzze, 2002). В некоторых случаях дети и подростки возглавляют домашние хозяйства, потому что такой была последняя воля их родителей, либо дети сами предпочитают возглавить на себя такие обязанности (Foster et al, 1997), в основном, после смерти матери. После того, как первые хозяйства, возглавляемые детьми и подростками, были выявлены в конце 80-х годов в Уганде и Танзании, этот феномен был описан во многих других странах и регио-

нах. Существуют также возглавляемые детьми и молодыми людьми несиротские, «функциональные» хозяйства, созданные с целью позволить детям завершить их обучение (Ruiz-Casares, 2009).

Последствия отделения от родителей, обусловленного целым рядом причин, были исследованы в контексте войны, природных катаклизмов и сиротства. Потеря одного или обоих родителей часто сопровождается отделением от братьев и сестер, а также других членов семьи, бедностью, лишением доступа к основным услугам, стигматизацией и изоляцией (Cluver et al, 2008). Рассредоточение сиблингов среди родственников – распространенный способ преодоления проблем, связанных с сиротством, особенно в тех случаях, когда без родителей в одной семье остается несколько младенцев и детей младшего возраста, нуждающихся в заботе со стороны взрослых (Foster, 2000). Однако осиротевшие и разделенные дети (особенно более старшего возраста) стараются как можно дольше оставаться вместе (Germann, 2005). Оставаясь вместе в доме своих родителей, дети помогают друг другу пережить горе; поддерживать своих братьев и сестер, не разрывая семейные и общинные связи; сохранять имущество; избегать жестокого обращения со стороны родственников, а также получать поддержку и наставления от старейшин своей общины (Germann, 2005).

### **Риски, с которыми сталкиваются осиротевшие и дети, ведущие домашнее хозяйство**

Особенно уязвимы осиротевшие дети, потерявшие обоих родителей или взрослых опекунов (Donald & Clacherty, 2005). Крайне неблагоприятна такая ситуация для девочек, поскольку именно они первыми из семьи вынуждены бросить учебу в школе, ухаживать за младшими братьями и сестрами и решать много взрослых задач (Francis-Chizororo, 2010). Некоторым из детей, возглавляющим домашнее хозяйство и ухаживающим за несколькими младшими братьями и сестрами, всего девять лет (Roalkvam, 2005). Осиротевшие дети, пытаясь выжить, часто становятся жертвами насилия и эксплуататорского труда (Cluver et al, 2008). Многих детей принуждают к проституции и, таким образом, подвергают значительному психологическому и физическому риску (Cluver et al, 2011). Сиротство часто приводит к таким последствиям, как уход из школы, серьезное ухудшение здоровья и, как следствие, потеря будущего. Нередко случается захват собственности родственниками или другими членами общины, и детям часто никто не объясняет, как обустроить свою жизнь после смерти родителей или других взрослых опекунов (Ruiz-Casares, 2009). По результатам исследования более чем тысячи детей в Зимбабве, оказалось, что дети-сироты испытывают более выраженный психологический дистресс, по сравнению с несиротами. Этот дистресс был обусловлен травмой, непосещением школы, тем фактом, что о них заботятся чужие люди, а не родители, недостаточным уходом, детским трудом, физическим насилием, стигмой и дискриминацией (Nyamukara, 2010).

В случае потери родителей в связи с ВИЧ/СПИД, дети часто не только страдают от эмоционального бремени, связанного с необходимостью ухаживать и присматривать за тяжело больными и умирающими людьми, которых они любят, но они могут переживать также стигматизацию, дискриминацию, ухудшение социального и экономического положения семьи (Nyamukara, 2010). Дети, осиротевшие в резуль-

тате ВИЧ/СПИД, часто проживают в условиях крайней нищеты или большой бедности из-за больших затрат, связанных с уходом за больными родителями и потерей финансовой поддержки с их стороны, а многие живут в страхе, что сами страдают этим заболеванием (Bhargava, 2005; Cluver et al, 2008; Germann, 2005; Luzzi, 2002). И многие из них действительно больны (Hillis et al, 2012). Систематический обзор эмпирических исследований ВИЧ/СПИД и детей-сирот показал, что у осиротевших детей наблюдались негативные физические и психологические последствия (Foster, 1998). Исследователи обнаружили, например, повышенный уровень психологического дистресса у детей-сирот, в том числе тревогу, симптомы депрессии, злость и чувство одиночества, заниженную самооценку, социальную изоляцию и проблемы со сном (Bhargava, 2005; Makame et al, 2002; Ruiz-Casares et al, 2009; Zhao et al, 2009).

### **Дети без сопровождения взрослых**

Дети без сопровождения взрослых – ищущие убежища, беженцы или внутренне перемещенные в собственной стране – это особая популяция бездомных детей, как правило, сталкивающихся с проблемами, отличающимися от тех, которые испытывают бездомные дети, не меняющие своего места проживания. Они часто отделены от своих семей в ситуациях вооруженного конфликта, природных катастроф и насилия по политическим мотивам. Дети без сопровождения взрослых Конвенцией ООН о правах ребенка определены, как дети моложе 18 лет, «которые были отделены от обоих родителей и других родственников, и не находятся под опекой кого-либо из взрослых, которые обязаны делать это по обычаю или по закону» (Touzines, 2007). Таким образом, детей без сопровождения взрослых можно рассматривать как подгруппу осиротевших детей, подвергающихся высокому риску. В этой группе отмечается высокая частота индивидуального физического и сексуального насилия, и высокие показатели проблем с психическим здоровьем, включая депрессивные симптомы и посттравматический стресс, которые сохраняются даже после переселения в новую страну (Seglem et al, 2011). При сравнении с детьми, ищущими убежища вместе со своими родителями, у детей без сопровождения взрослых отмечается более высокая распространенность психических симптомов и расстройств (Wiese & Burhorst, 2007).

### **УЛИЧНЫЕ ДЕТИ**

Дети, живущие на улицах, в бедных городских трущобах или стихийно возникших поселениях, и ставшие беспризорными из-за вооруженных конфликтов, природных катаклизмов или насилия по политическим мотивам – наиболее уязвимая категория обездоленных людей. Эти дети страдают из-за жестокого обращения, эксплуатации, сексуального насилия, а также физических и психических заболеваний. Проблемы беспризорных детей можно рассматривать сквозь аспекты соблюдения прав человека, общественного здравоохранения и экономического развития (McAlpine et al, 2010). Несмотря на то, что они проживают в чрезвычайно суровых условиях в своей борьбе за выживание, беспризорные дети проявляют гибкость и используют эффективные стратегии решения проблем.

- Термин *уличные дети* применим в отношении детей, которые работают и живут на улице. Нет общепринятого мнения в отношении понятия «уличные дети». ЮНИСЕФ использует два определения: *Бездомные беспризорные дети*, которых также называют «уличные дети» или «дети улицы», которые живут и спят на улицах в городских районах, часто там же, где и родились, проживают с другими бездомными детьми, бездомными членами семьи или другими взрослыми, не имеющими постоянного места жительства
- *Безнадзорные дети, имеющие постоянное место жительства*, «домашние уличные дети» или «безнадзорные дети улицы», которые большую часть дня проводят на улице, но поддерживают контакт со своей семьей и обычно возвращаются на ночь домой (UNICEF, 2001).

В западных странах термины *беспризорные дети и подростки*, и *безнадзорные уличные дети и подростки* используются в отношении этих двух популяций соответственно. Таким образом, уличные дети представляют собой гетерогенную группу, в которой одни дети могут ночевать на улицах, другие дома со своими семьями, а некоторые и на улице и дома, в зависимости от обстоятельств. Однако общим для них является то, что большую часть дня они находятся без сопровождения взрослых и за ними никто не присматривает, что подвергает их риску эксплуатации и насилия. Исходя из этих определений, к категории уличных детей относят также тех детей, которые большую часть дня работают на улице продавцами, уборщиками мусора, носильщиками, чистильщиками обуви, мойщиками автомобилей, охранниками и уличными актерами.

Количество уличных детей нельзя определить точно, однако считается, что их число достигает десятков миллионов, а по некоторым оценкам около 100 миллионов (UNICEF, 2006). Полагают, что с увеличением численности населения Земли и при сохранении тенденции переселения в городские районы, количество уличных детей будет расти (UNICEF, 2006). В некоторых исследованиях для определения количества уличных детей в специфических регионах использовался метод двойного охвата. Результаты этих исследований показали, что большинство уличных детей – мальчики, поддерживающие контакт со своими семьями, которые, по меньшей мере, один раз в неделю ночуют дома и являются наемными работниками, помогающими своим семьям (Bezerra et al, 2011; McAlpine et al, 2010). По результатам оценок, 80% уличных детей – мальчики, что может быть связано с тем, что девочки воспринимаются как домашние работницы (Abdelgalil et al, 2004; Le Roux, 1996).

Среди главных причин, приведших к беспризорности, дети называют бедность семьи, насилие и жестокое обращение в семье, потерю родителей и отделение от родителей в связи с миграцией (Abdelgalil et al, 2004; McAlpine et al., 2010). Бездомные дети чаще сообщают о том, что убежали от насилия в семье, в которой они родились (McAlpine et al, 2010). К сожалению, оказавшись на улице, такие дети часто подвергаются еще большему насилию. По результатам оценок, бездомные дети, ночующие на улице и не поддерживающие контактов с членами семьи или опекунами, составляют примерно 15% от всех уличных детей (Bezerra et al, 2011).

Ночующие дома дети, которые большую часть своего времени проводят на улице, как правило, называют разные причины своего пребывания вне дома, включая бедность семьи, принуждение со стороны родителей к попрошайничанью или работе на улице, а также желание играть и проводить больше времени с друзьями (Lalor, 1999).

### **Здоровье уличных детей**

Большинство исследований здоровья детей проводились в небольших группах, и многие из них были сконцентрированы на таких проблемах, как употребление наркотиков, инфекционные заболевания, особенно ВИЧ/СПИД и насилие. Однако пребывание на улице подвергает детей многим другим опасностям. Уличные дети сообщают о таких неблагоприятных факторах, как притеснения и жестокое обращение со стороны полиции и других уличных детей, отсутствие возможности посещения школы, вовлечение в преступную деятельность, медицинские проблемы, включая травмы и инфекционные заболевания кожи и верхних дыхательных путей (Ali & Мунск, 2005; Huang et al, 2004). В Бразилии убиты сотни тысяч уличных детей, и считается, что большинство из них были убиты батальонами смерти, полицией или криминальными группировками (Inciardi & Surratt, 1998).

Как девочки, так и мальчики, проживающие на улице, жалуются, что часто становятся жертвами сексуального насилия со стороны незнакомых людей и нередко вынуждены заниматься сексом «для выживания», когда сексуальные услуги предлагаются в обмен на еду, жилье или деньги (Pagare et al, 2005; Sherman et al, 2005). В исследовании, проведенном в Руанде, более чем три четверти девочек, в том числе 35% в возрасте до 10 лет сообщали, что ведут половую жизнь, а 93%, – что были изнасилованы, тогда как 60% мальчиков сообщали о том, что совершали изнасилование (Save the Children, 2005). Высокий процент уличных детей ведут половую жизнь с несколькими партнерами и не пользуются средствами профилактики беременности или инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (Nada & Sulima, 2010). Осиротевшие бездомные уличные дети подвержены более серьезному риску для здоровья, по сравнению с другими уличными детьми, в том числе и риску заражения ВИЧ/СПИД (Hillis et al, 2012). Такие явления, как травма, стигматизация и маргинализация ограничивают уличным детям доступ к помощи, оказываемой детям с ВИЧ/СПИД (Jones, 2009).

По данным ВОЗ, среди уличных детей отмечается высокий уровень распространенности злоупотребления психоактивными веществами, включая алкоголь, никотин, стимуляторы, ингалянты, каннабис и опиаты (ВОЗ, 2010). В среде уличных детей вдыхание летучих веществ, в том числе клея, жидкости для снятия лака, растворителей, красок и других товаров бытовой химии воспринимается как средство повышения физической силы, избавления от застенчивости, улучшения сна, обретения ощущения благополучия, а также приглушения физической и психологической боли (Sharma & Lal, 2011). Показатель распространенности психических заболеваний среди уличных детей, в том числе расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, расстройств настроения, гиперкинезов и тревожных расстройств может достигать 98% (Scivoletto et al, 2011).

## РАБОТАЮЩИЕ ДЕТИ И ДЕТСКИЙ ТРУД

Дети, независимо от того, живут ли они со своими родителями или в хозяйствах, возглавляемых детьми или подростками, или же на улице, часто вносят существенный вклад в свое домашнее хозяйство, выполняя повседневную или другого характера работу. Однако в наиболее бедных регионах мира детей часто, для того чтобы обеспечить выживание семьи или свое собственное, вовлекают в опасную работу, или они соглашаются работать на эксплуататорских условиях. Детский труд – это комплексная проблема, и кроме жестокого обращения и эксплуатации, реальность работающих детей включает в себя социализацию, партнерство, обучение и формирование навыков, независимость, признание, ощущение силы и безопасности, а также гордости за внесение значительного вклада в домашнее хозяйство (Liebel, 2004). Однако большинство детей и подростков в развивающихся странах работают по финансовой необходимости, только лишь для того чтобы поддержать свои семьи, и многие из них не получают удовольствия от работы и предпочли бы учиться в школе (Mathews et al, 2003; Tabassum & Baig, 2002).

Серьезные дискуссии идут по таким вопросам, должны ли вообще дети заниматься хозяйственным трудом, какие виды работ могут быть полезными, а какие вредными, и какую работу можно считать подходящей для детей и подростков (Abebe & Bessell, 2011). Мнения по поводу детского труда в значительной степени зависят от того, что вкладывается в понятие *детство*, которое варьирует в зависимости от культуры и от восприятия детей в континууме от уязвимых, пассивных субъектов, нуждающихся в защите, до полноправных действующих лиц, которые могут вносить значительный вклад в развитие общества и действовать, как творцы своей собственной судьбы (Abebe & Bessell, 2011).

Ennew, Myers и Plateau (2005) идентифицировали четыре ключевые точки зрения на детский труд:

- С позиций *рынка труда*, когда детский труд рассматривается, как признак бедности и низкого уровня экономического развития, и который будет ликвидирован при достижении народами более высокого уровня развития
- С перспективы *человеческого капитала*, в соответствии с которой детство рассматривается как защищенный период, когда первостепенное значение имеет образование в противовес трудовому участию
- С перспективы *социальной ответственности*, которая отрицает детский труд как причину и следствие социальной маргинализации, когда детский труд рассматривается как эксплуататорский, отчуждающий и угнетающий
- С перспективы, которая подчеркивает право детей на защиту от эксплуататорского труда.

Таким образом, в то время как западные страны часто требовали полного запрета детского труда, работающие детские организации в развивающихся странах выступали с требованием соблюдения равных прав и участия, включая право быть включенными, как полноценные участники, в консультативные советы по трудовым отношениям, которое позволит им представлять и защищать свои интересы (Liebel, 2004 pp25-32).

### Текущее состояние и определения

По оценкам Международной организации труда (МОТ), основанной в 1919 году, в 2008 году вынуждены были работать 215 млн. детей в возрасте от 5 до 14 лет, главным образом, в странах Азии, Африки и Латинской Америки (ИЛО, 2010). Эта цифра отражает тенденцию к снижению по сравнению с 222 млн. работавших детей в 2004 году, однако в эти оценки не включены дети, подвергнутые современным формам рабства, включая принудительный или подневольный труд, или другие формы незаконного использования труда несовершеннолетних, в том числе вовлечение в военные действия, сексиндустрию и торговлю наркотиками. Более того, в эти оценки не были включены дети, чаще всего это девочки, которые выполняют работу по домашнему хозяйству или ухаживают за младшими братьями и сестрами.

Исходя из определений, сформулированных МОТ, дети, которые работают, по меньшей мере, один час в неделю, считаются вовлеченными в трудовые отношения (Hagemann et al, 2006). В зависимости от типа выполняемой работы и возраста эти дети делятся на разные группы:

- Термины *экономически активные* или *работающие дети* относятся к детям в возрасте от 5 до 17 лет
- Понятие *детский труд* касается работающих детей в возрасте от 5 до 14 лет
- Понятие *дети, выполняющие работу повышенной опасности*, относится к детям в возрасте от 5 до 17 лет, которые заняты в опасных видах работы, таких как горные работы и строительство, использование тяжелого машинного оборудования, работа с токсическими веществами, такими как пестициды, и работа более 43 часов в неделю.

ЮНИСЕФ использует другие определения, включающие детей, ежедневно длительное время занятых повседневной домашней работой в своем собственном домашнем хозяйстве (по меньшей мере, 28 часов в неделю для детей в возрасте от 5 до 14 лет или, по меньшей мере, 42 часа в неделю сочетания работы по дому и работы по найму для детей в возрасте от 12 до 14 лет). Однако эти определения детского труда не учитывают детей в возрасте от 12 до 14 лет, которые менее 14 часов в неделю заняты работой по найму и менее 42 часов сочетанием работы по найму с домашней работой (Gibbons et al, 2005). Если включить в расчеты работу по домашнему хозяйству, девочки составляют 38% от всех работающих детей во всем мире (Gibbons et al, 2005).

В 1921 г. МОТ принял первую конвенцию по детскому труду, установив минимальный возраст для приема детей на работу в промышленности – 14 лет. Позже повышенное внимание было сосредоточено на искоренении наихудших форм детского труда, которые могут причинить вред «здоровью детей или их физическому, психическому, духовному, моральному и социальному развитию», включая вовлечение детей в военные действия, в проституцию и другие виды работ, которые подвергают детей риску причинения физического и психологического вреда. В 1992 году МОТ ратифицировала Конвенцию 182 о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда. Однако многие

страны не ратифицировали этой конвенции, и по данным за 2008 г., в мировом масштабе 115 миллионов детей были задействованы в работах повышенной опасности (ILO, 2010). Вне всякого сомнения, большинство работающих детей – это неоплачиваемые семейные работники, а 60% работают в сельском хозяйстве (ILO, 2010). Только 20% детей работают по найму, хотя в некоторых домашних хозяйствах дети обеспечивают значительную часть семейного дохода (ILO, 2010). Даже как неоплачиваемые семейные работники дети могут работать рядом со своими родителями на небольших предприятиях, включая ремесленное производство, торговлю, услуги по ремонту и ковроткачество. Несмотря на то, что такие формы труда часто считаются менее вредными, дети, работающие на подобных предприятиях, нередко подвергаются значительному физическому напряжению, у них удлинённый рабочий день, они поднимают тяжести и подвержены чрезмерному воздействию шума, пыли и химикатов, без необходимых средств защиты (Nuwayhid et al, 2001).

### **Детский труд, как фактор риска детской смертности**

Детский труд определен, как «единственная и самая серьезная причина жестокого обращения с детьми во всем мире» (Scanlon et al, 2002). Вред, связанный с детским трудом, включает в себя физические травмы или заболевания, острые или хронические отравления, риск насилия, плохое обращение, эксплуатацию и тяжелые условия труда. Работающие дети могут лишиться возможности посещать школу. Как девочки, так и мальчики, вовлеченные в проституцию и работающие на вооруженные группировки, подвержены риску физического, эмоционального и сексуального насилия, заражения инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИД, формирования заниженной самооценки и других неблагоприятных эмоциональных и психологических последствий.

Большинство исследований, в которых сообщается о риске для здоровья, связанном с детским трудом, были проведены в небольших группах, кроме того, популяцию работающих детей сложно оценивать, главным образом, из-за того, что такие дети работают на вредных или незаконных производствах, включая принудительный труд и проституцию. Определение влияния детского труда на здоровье осложняется из-за длительного латентного периода, предшествующего началу заболевания, недостаточного и несвоевременного распознавания проблем со здоровьем, трудностей оценки изменений, связанных с развитием и психологических последствий, а также из-за «эффекта здорового работника», когда для выполнения работы отбираются более здоровые дети, а травмированные и больные отстраняются (Parker et al, 2010). Соответственно, исследования, изучающие работающих детей в целом, часто не обнаруживают общего негативного воздействия детского труда на их здоровье, тогда как исследования, оценивающие специфические популяции детей, занятых на вредном производстве, доказывают причиняемый им вред (Understanding Children's Work 2003).

В мировом масштабе большинство работающих детей заняты сельскохозяйственным трудом и в результате этого подвержены риску острого или хронического поражения пестицидами на рабочем месте (Corriols & Aragón, 2010).

Было обнаружено, что на некоторых сельскохозяйственных производствах, таких как сбор урожая какао или производство табака, дети работают без защитной одежды и, таким образом, подвержены воздействию разнообразных, представляющих угрозу для здоровья факторов, в том числе риску причинения травм или отравления токсичными веществами (McKnight & Spiller, 2005; Mull & Kirkhorn, 2005; Otañez et al, 2006). Работающие дети, подверженные воздействию растворителей, например, занятые в кустарном промысле, демонстрируют более низкие результаты по большинству нейрофизиологических и нейроповеденческих тестов, по сравнению с неработающими детьми и работающими детьми, не контактирующими с растворителями (Saddik, 2003; 2005). Недопустимо высокий уровень в крови свинца – известного нейротоксина, способного снижать IQ и вызывать проблемы с поведением, был обнаружен у детей, работающих в таких отраслях, как производство керамики, переработка и очистка мусора, и уличная торговля (Ide & Parker, 2005). Дети и подростки, работающие без защитного оборудования в условиях повышенной запыленности в горных разработках, при полировке камня, в производстве гончарных изделий и кирпича, подвержены риску возникновения силикоза, инвалидизирующего заболевания легких (Chiavegatto et al, 2010; Saiyed, 1995). Дети и подростки, работающие в промышленности, особенно те, которые постоянно имеют дело с пилорамой, подвержены риску травм и ампутаций рук (Durusoy et al, 2011). Таким образом, вредные условия труда детей связаны с серьезными острыми и хроническими рисками для их здоровья и наносят ущерб развитию, что может также существенно ограничивать их когнитивный потенциал.

Одним из наиболее частых негативных последствий детского труда может быть отсутствие или ограничение возможности посещать школу. Вполне очевидно, что детский труд тесно переплетается с проблемой бедности, поскольку бедность сама по себе может, с одной стороны, препятствовать посещению школы, а с другой, вынуждать его работать, для того чтобы помочь семье выжить. Несмотря на то, что большинство детей успешно сочетают работу и школу, высокая распространенность детского труда, как правило, связана с более низкой посещаемостью школы. Например, в 2004 году среди стран Африки показатель детского труда в Свазиленде составил 10%, а посещения школы – 78%, тогда как в Республике Нигер, т.е. на другом конце спектра, детским трудом были заняты 72%, а школу посещали 30% детей (Gibbons et al, 2005). Детский труд, и особенно вовлеченность в него девочек, можно считать фактором, способствующим снижению уровня образования, передающейся из поколения к поколению бедности и неудовлетворительному состоянию здоровья (Leinberger-Jabari et al, 2005). Однако следует также отметить, что для некоторых детей, чьи семьи не могут позволить себе отправить ребенка в школу, их трудовая занятость позволяет им вносить плату за обучение, покупать книги и школьные принадлежности (Woodhead, 2001). Несмотря на старания детей улучшить свое материальное положение, бедность и необходимость работать могут не давать им возможности посещать школу, добиваться успехов в учебе и вырваться из замкнутого круга бедности.

### **Детский труд как фактор риска для психического здоровья и благополучия детей**

Относительно мало исследований было посвящено психиатрическим последствиям детского труда. В одном из исследований, проведенном в Эфиопии, 528 работающих детей в возрасте 5–14 лет, сравнивались с их неработающими сверстниками, и было обнаружено, что у работающих детей отмечается более высокая распространенность поведенческих и эмоциональных проблем, в том числе и депрессии (Fekadu et al, 2006). Среди работающих детей начало трудовой деятельности в более раннем возрасте и более длительные часы работы ассоциировались с более выраженными негативными последствиями для психического здоровья (Caglayan et al, 2010). Несмотря на скудность данных о психиатрических последствиях детского труда, существует устойчивая связь между неблагоприятным психическим здоровьем у детей и взрослых и физическим, эмоциональным и сексуальным насилием, а также отсутствием заботы в детском возрасте (Gilbert et al, 2009). Значительное число работающих детей жалуются, что были подвергнуты эмоциональному, физическому или сексуальному насилию со стороны своих работодателей (Gharaibeh & Hoeman, 2003; Mathews et al, 2003). Более того, повышенному риску сексуального насилия подвержены девочки, занятые работой по найму. Среди девочек Нигерии, продающих товары на улице, работающих в магазинах или в качестве домашних работников, 78% сообщали, что были изнасилованы, большинство из них покупателями, а риск был более высоким у девочек моложе 12 лет, работавших более восьми часов в день и занятых на двух и более работах (Audu et al, 2009). Нет ничего удивительного в том, что девочки, работающие в качестве домашней прислуги крайне уязвимы к физическому, психологическому и сексуальному насилию (Banerjee et al, 2008).

### **Осиротевшие и уязвимые дети, бедность, бездомность и детский труд**

Существует четкая взаимосвязь между бедностью и использованием детского труда, как стратегии выживания семьи. Национальное обследование, проведенное в Гватемале, показало, что в бедных домашних хозяйствах детский труд и ограничения посещения школы значительно чаще использовались как стратегия преодоления социально-экономических трудностей (Vásquez & Bohara, 2010). В выборке бедных семей в Нигерии тридцать девять процентов родителей заявляли, что их дети школьного возраста должны работать, для того чтобы дополнять доход семьи, помогать в семейном бизнесе и иметь возможность приобретать трудовой опыт (Omokhodion & Uchendu, 2010). Бедные, осиротевшие или вовлеченные в труд дети вынуждены решать множество взаимосвязанных задач. У детей Зимбабве вовлеченность в труд и непосещение школы являются факторами риска, связанными с более выраженным психологическим дистрессом (Nyamukapa et al, 2010).

Если количество детей, осиротевших из-за ВИЧ/СПИД, достигает критического значения, когда семьи и общины уже не могут справиться с оказанием им помощи, такие дети подвергаются риску пополнить ряды бездомных. Так,

например, по результатам оценок в Браззавиле (Конго) около 50% детей улицы – это сироты (Nkouika-Dinghani-Nkita, 2000). Подобны результаты оценок были получены в Лусаке (Замбия), где 58% детей улицы оказались сиротами: 22% потеряли обоих родителей, 26% только отца и 10% потеряли мать (Concern/UNICEF, 2002).

Доведенные до нищеты семьи, принимающие осиротевших родственников, часто не располагают достаточными ресурсами для поддержки этих детей, что в результате приводит к затруднительному финансовому положению и вынуждает детей-сирот наниматься на работу, чтобы помочь семьям (Balew et al, 2010). Однако, несмотря на то, что сироты часто воспринимаются как обуза для этих семей, они, работая, вносят также значительный вклад в сохранение семьи, например, ухаживая за больными родственниками (Robson, 2004). Для детей сирот в Уганде препятствиями для посещения школы и успехов в учебе оказались: голод и пребывание целый день в школе без еды; перегруженность работой по дому, в том числе утренними обязанностями по ведению сельского хозяйства, из-за которых дети поздно приходят в школу; отсутствие школьной формы и книг и ограниченные из-за финансовых трудностей возможности обучения за пределами базового уровня (Oleke et al, 2007). Более того, некоторые осиротевшие девочки-подростки вступают в сексуальные взаимоотношения с богатыми старшими мужчинами, которых они часто называют «спонсорами», для того чтобы заплатить за обучение в школе и приобрести необходимые школьные принадлежности (Oleke et al, 2007). Таким образом, в условиях крайней бедности и депривации, дети-сироты вступают в сложные отношения, касаемо их здоровья, эмоционального благополучия и возможности лучшего будущего для себя и для своих семей.

Уязвимые дети, в том числе бедные, осиротевшие и бездомные подвержены высокому риску насилия и вовлечения в формы труда на наиболее эксплуататорских условиях, включая долговую кабалу и другие формы рабства, часто вступают в связь с вооруженными группировками, вовлекаются в детскую проституцию и другие формы сексуальной эксплуатации.

### **Жизнестойкость**

Несмотря на очевидную опасность, тяжелые неблагоприятные условия могут приводить к формированию у детей эффективных стратегий выживания, которые способствуют их собственному росту и развитию (Ruiz-Casares, 2009). Дети, проживающие в тяжелых условиях, могут развивать у себя, кроме прочего, практические навыки выживания, руководства, независимости, способности справляться со стрессом, принятия важных решений и обретать чувство самоэффективности (Liebel, 2004). Ruiz-Casares (2010) в своем исследовании домашних хозяйств, возглавляемых детьми и подростками, проведенном в Намибии, описала, как дети всех возрастов проявляют способность приобретать необходимые им товары и услуги, и сохранять поддерживающие связи с общиной. Домашние хозяйства, возглавляемые детьми и подростками, проявляют гибкость и пластичность, позволяющую им мобилизовать социальные связи, вовлекая в них сиблингов, друзей и соседей для получения эмоциональной и академической поддержки, и приобретения материальных благ (Donald & Clacherty, 2005). Одна-

ко позитивный эффект или сильные стороны были изучены только в нескольких исследованиях. Исследование бездомных детей в Кении показало, что по сравнению с домашними детьми, они проявляют более высокий уровень приспособляемости и гибкости перед лицом неблагоприятных условий, что позволяет им оставаться хорошо адаптированными (Ayuku et al, 2004; Luna 1991). Осиротевших, бедных, бездомных и работающих детей можно также считать активными действующими лицами собственного развития, пытающимися мобилизовать все свои способности для того, чтобы наилучшим образом адаптироваться к трудным условиям, в которых они оказались. Таким образом, к детям не следует относиться только, как к пассивным жертвам, но также, как к лицам, принимающим активное участие в жизни семьи и общества, которые имеют право голоса и заслуживают на уважение.

## ДЕТИ-СОЛДАТЫ

Проблемы бедности, детей улицы и детского труда тесно переплетаются с проблемами, связанными с привлечением детей к службе в военных формированиях или присоединением их к вооруженным группам. Дело не только в том, что бедность, отсутствие жилья, принудительный детский труд и, конечно же, войны и вооруженные конфликты являются факторами риска вербовки детей-солдат, трудноразрешимой задачей является также реабилитация и реинтеграция бывших детей-солдат в гражданскую жизнь.

Привлечение детей к военной службе считается удобным и дешевым (Wessels, 2006). Дети (мальчики и девочки в равной степени) воспринимаются как очень подчиняемые, и принято считать, что ими можно легко манипулировать (Denov, 2010; Wessels, 2006). В соответствии с точкой зрения Коалиции за запрещение использования детей солдат (Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (CSUCS)), этим отчасти объясняется тот факт, что дети-солдаты широко используются в странах и регионах, участвующих в военных конфликтах (CSUCS, 2008). Признавая сложность получения точных цифр, CSUCS (теперь именуемая Child Soldiers International) в своем отчете за 2004 г. сообщала, что 250 000 детей являются частью как правительственных вооруженных сил, так и неправительственных вооруженных группировок (CSUCS, 2004). Несмотря на то, что Коалиция заявила, что в период с 2004 г. по 2007 г. отмечено снижение количества детей-солдат, вследствие подписания в разных странах мирных соглашений и реализации программ демобилизации, известно, что в 24 странах все еще призывают на военную службу детей моложе 18 лет (CSUCS, 2008).

### Терминология и определения

Широко используемый термин *дети-солдаты* оспаривается многими учеными и считается проблемным по многим аспектам (Denov, 2010; Wessells, 2006; McKay et al, 2010). Как любой другой ярлык, термин «дети-солдаты» применяется в отношении широкой группы детей и подростков с очень разнообразным опытом. Как подчеркивалось некоторыми авторами (Denov, 2010; Wessells, 2006), понятие «солдат» вызывает в сознании архетипический образ хорошо подготовленного

и натренированного бойца, как правило, мужчины в униформе. Следовательно, такой образ не дает четкого представления о многообразии ролей и задач, которые приходится ему решать. Дети-солдаты – это не только активные участники боев с оружием в руках, они также выступают в роли шпионов, поваров, охранников, грузчиков, курьеров или их принуждают к сексуальному рабству.

В попытке признать разнообразие задач, выполняемых детьми-солдатами, был предложен термин «дети, связанные с вооруженными силами или вооруженной группировкой», который в Парижских принципах ООН (2007) определен следующим образом: «под ребенком, связанным с вооруженными силами или вооруженной группировкой, понимается любое лицо, не достигшее 18-летнего возраста, ныне или ранее завербованное или используемое вооруженными силами или вооруженной группировкой в любом качестве, включая детей – мальчиков и девочек, используемых в качестве бойцов, носильщиков, разведчиков или в сексуальных целях, но не ограничиваясь ими.» (United Nations, 2007, p7).

Однако это определение все еще остается проблематичным. Само по себе понятие «детство» вызывает бурные дискуссии. Как социальная конструкция, основанная на западной точке зрения и на биологическом возрасте, концепция, в соответствии с которой ребенком считается любое лицо, не достигшее 18-летнего возраста, может не принимать во внимание разнообразные значения понятия «детство», используемые в разных культурах. И, наконец, несмотря на то, что большинство детей-солдат – это подростки, с вооруженными группировками связано большое количество детей моложе 10-летнего возраста (Machel, 2001).

### **Опыт детей-солдат**

Дети могут вовлекаться в вооруженные группировки путем насильственной и ненасильственной вербовки (Denov, 2010; Wessells, 2006). Понятие вербовка многообразно и, несмотря на то, что насильственное похищение и принудительная вербовка – распространенное явление во многих конфликтах, граница между насильственным и ненасильственным привлечением часто остается нечеткой и выражение «добровольная вербовка детей» следует рассматривать с осторожностью (Wessells, 2006). Исследования, основанные на свидетельствах, показали, что в тех случаях, когда не было насильственного похищения, мальчики и девочки принимали решение о присоединении к вооруженным группировкам в контексте депривации, лишений и жестокого обращения. Дети и подростки (как мальчики, так и девочки) могут присоединяться к вооруженным группировкам по разным причинам (Wessells, 2006; Denov, 2010; Brett & Specht, 2004):

- Нищета и возможность получить еду и кров
- Отсутствие социально-экономических возможностей
- В поисках защиты
- Чтобы убежать от насилия в собственной семье
- По религиозным и политическим убеждениям
- Чтобы обрести чувство принадлежности к семье или группе сверстников
- Чтобы отомстить за смерть родителей, других членов семьи или друзей
- Военная служба может привлекать военной формой, или быть престижной.

Таким образом, чрезмерное упрощение дихотомии между насильственной и ненасильственной вербовкой может быть проблематичным, так как нередко сложно отличить невольную жертву и добровольного виновника насилия.

В недавних исследованиях ученые, для того чтобы проанализировать, как, несмотря на грубое насилие и контролирующее окружение, дети на самом деле задействуют некоторые формы поведения и стратегии сопротивления вышли за пределы сообщений о виктимизации (Denov, 2010; Denov & Maclure, 2007; Wessells, 2006). Свидетельства бывших детей-солдат, мальчиков и девочек в равной степени, являются иллюстрацией того, насколько для полученных в вооруженных группах впечатлений, характерны колебания от жертвенности до противодействия или активного участия в актах насилия (Denov, 2010): «... переживания детей показывают, что они постоянно дрейфуют между двумя полюсами, с одной стороны совершают акты насилия, с другой выступают в роли жертв того же насилия» (Denov, 2010, p129). Процесс милитаризации девочек и мальчиков включает в себя мощную идеологическую обработку, жесткие тренировки и использование угроз и силы для того, чтобы вызвать чувство страха и добиться беспрекословного выполнения приказов (Denov & Maclure, 2007). Погружение в милитаризованную и крайне жестокую среду вызывает изменения поведения, взаимоотношений, самовосприятия и чувства идентичности (Veale & Stravou, 2007; Denov & Maclure, 2007; Wessel, 2007). Иногда подчинение может стать императивом к выживанию (Denov, 2010).

В соответствии с данными Инициативы по защите детей-солдат, 40% детей-солдат – девочки, и они не отличаются от мальчиков по разнообразию ролей, которые берут на себя (Child Soldiers Initiative, 2010). Тем не менее, научные данные свидетельствуют о том, что девочки из-за особенностей, связанных с полом, иначе, чем мальчики переживают военные конфликты (McKay & Mazurana, 2004). Один из аспектов их гендерного опыта – распространенное сексуальное насилие, совершаемое в отношении девочек. В своих свидетельствах бывшие девочки-солдаты из Северной Уганды, Сьерра-Леоне и Мозамбика рассказывают об очень частых случаях сексуального насилия, включая изнасилование, в том числе и групповое (McKay & Mazurana, 2004; Coulter, 2009). Девочки также жалуются, что их принуждали к сексуальному рабству, передавая в собственность женатым мужчинам (так называемые «лесные жены» или «полевые жены») из вооруженной группировки (Coulter, 2009; Denov, 2010). Такое положение давало защиту от случайных сексуальных нападений со стороны других бойцов, но при этом такие сексуальные рабыни обязаны быть постоянно сексуально доступными для своих «мужей» (Coulter, 2009). Насильственный брак с влиятельным воином может быть стратегией выживания и, по существу, источником, как защиты, так и насилия. Кроме психологических и социальных негативных последствий, сексуальное насилие подвергает девочек риску заражения инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, прежде всего ВИЧ/СПИД, нежелательной беременности и тяжелых травм в результате сексуального нападения (ACQUIRE Project, 2005). Таким образом, важно признавать жестокий опыт девочек, связанный с насилием. И, наоборот, в некоторых ситуациях конфликта любые сексуальные издевательства над девочками-солдатами строго запрещены, и

девочки говорят, что чувствуют себя защищенными (Keairns, 2002). Виктимизация девочек – это всего лишь один аспект их живой реальности и в последних научных публикациях авторы пытаются ставить под сомнение одномерное представление о девочках-солдатах, как о жертвах (Coulter, 2009; McKay et al, 2010; Denov, 2010; Veale & Stavrou, 2007). Несмотря на то, что девочки-солдаты часто берут на себя женские роли и занимаются домашней работой, такой как приготовление пищи и сексуальные услуги, они также исполняют воинские обязанности и принимают участие в боевых действиях (Denov, 2010).

### **Результат: психологические последствия**

В результате участия в вооруженном насилии, независимо от того, закончился конфликт или нет, бывшие дети-солдаты сталкиваются со сложным переходным периодом, когда пытаются интегрироваться в гражданскую жизнь. Термин *реинтеграция* спорный, так как он, как правило, предполагает, что дети-солдаты возвращаются в свою семью или общину, в которой родились, а также к своей прежней, нормальной жизни; однако в действительности так бывает нечасто. Более того, война по-разному может влиять на бывших детей-солдат, поэтому они могут нуждаться в разной степени поддержки. Некоторые из них могут стать инвалидами, осиротеть или получить ранения; некоторые девочки могут стать матерями или вдовами, или ни теми и ни другими. Их могут принуждать совершать действия, направленные против других людей (убийство или изнасилование), или выполнять работу по дому. Некоторые из таких детей были похищены с применением насилия, иногда при этом убивали других членов их семьи. Пытаясь понять послевоенную жизнь бывших детей-солдат, необходимо принимать во внимание все это многообразие опыта (Wessells, 2006).

Учитывая глубину психологического влияния подверженности насилию, ключевое значение в процессе реинтеграции бывших детей-солдат в гражданскую жизнь имеет их психическое здоровье и благополучие (Wessel, 2006). Тяжелые военные впечатления и подверженность жестокому насилию у мальчиков и девочек – бывших солдат приводят к разным неблагоприятным последствиям, как физическим, таким как ранения, инвалидность и инфекционные заболевания, так и психологическим. В небольшом числе исследований, в которых изучались психические последствия, сообщается о симптомах посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тревоги и депрессии у бывших детей-солдат (Derluyn et al, 2004; Betancourt et al, 2008). Среди бывших детей солдат, обследованных в Уганде, 97% сообщали о симптомах ПТСР (Derluyn et al, 2004). Важно отметить, что о сексуальном насилии заявляли не только девочки-солдаты. Мальчики-солдаты также сообщали о том, что становились жертвами такого насилия и принуждались к сексуальному рабству, что у них было связано с большей частотой симптомов ПТСР и депрессии, суицидальных мыслей и более выраженной социальной дисфункцией, по сравнению с их воевавшими сверстниками, не пережившими сексуального насилия (Johnson et al, 2008).

Однако некоторые исследователи отмечают, что в тех редких научных публикациях, которые посвящены психическим последствиям у детей-солдат, внимание

почти исключительно сосредоточено на признаках и симптомах ПТСР. Этот сфокусированный на травме западный медицинский подход подвергся критике за то, что в нем сделан упор на патологию и дефициты (Wessells, 2006; Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). Более того, ПТСР – это всего лишь некоторая часть широкого диапазона тяжелых психологических последствий военного насилия (Betancourt et al, 2010; Wessells, 2006). В некоторых исследованиях в контексте жизнестойкости были изучены позитивная адаптация, психологическая приспособляемость и адаптивные возможности бывших детей-солдат (Klasen et al, 2010; Wessells, 2006). Девочки, равно как и мальчики, не только являются жертвами травмы, они приспособляются к своей новой жизни и используют при этом креативные стратегии решения проблем в своей борьбе с многочисленными трудностями (Betancourt et al, 2010; Klasen et al, 2010; Denov, 2010).

### **Разоружение, демобилизация, реинтеграция и реабилитация**

Пост-демобилизационный опыт неизбежно формируется и кристаллизуется не только под влиянием военных впечатлений, но и многих других факторов, таких как пол, этническая принадлежность, социально-экономический статус, способности, положение в общине и доступ к социальной поддержке. После демобилизации глубокое психологическое воздействие оказывают нищета, перемещение и потеря жилья (Wessells, 2006). Недавние исследования, посвященные реинтеграции и реабилитации бывших детей-солдат, обращают внимание на тот факт, что подверженность насилию представляет собой только часть проблемы (Wessells, 2006) и не является исключительным фактором, который обуславливает возникновение проблем с психическим здоровьем и благополучием (Betancourt et al, 2008; 2010; Kohrt et al, 2008; Klasen, 2010). Постконфликтные факторы могут оказывать позитивное и неблагоприятное влияние на психическое благополучие бывших детей-солдат, сталкивающихся с разнообразными проблемами, включая социальную стигму и ограниченный доступ к образованию, медицинской помощи, стабильным средствам к существованию и экономическим возможностям (Worthen et al, 2010; McKay et al, 2010; Wessells, 2006; Denov, 2010).

Социальная стигматизация и дискриминация бывших детей-солдат определены как ключевые постконфликтные факторы, способствующие неблагоприятным психическим последствиям (Betancourt et al, 2008; 2010; Klasen et al, 2010). В этой связи, девочки сталкиваются с уникальными и специфическими проблемами, влияющими на их постконфликтную жизнь. Кроме физических и эмоциональных ран в результате сексуального насилия, многие бывшие девочки-солдаты сталкиваются с высоким риском стигматизации, потому что их считают «сексуально нечистыми» и даже непригодными для замужества, что может приводить к тяжелым психологическим последствиям (Betancourt et al, 2008; McKay et al, 2010; McKay & Mazurana, 2004). С другой стороны, принятие и поддержка семьи и общины определены, как критические факторы успешной реинтеграции и хорошей психологической адаптации (Betancourt et al, 2010). Положительными постконфликтными факторами считаются также доступ к образованию и социально-экономическим возможностям.

Переход к гражданской жизни, означающий резкое изменение взаимоотношений, моделей поведения и ожиданий, влечет за собой трансформацию идентичности, из милитаризированной в гражданскую (Veale & Stravou, 2007; Denov, 2010). В действительности трансформация идентичности и ее преодоление представляет собой ключевую проблему в процессе реинтеграции (Veale & Stravou, 2007, p286). Процесс превращения детей в солдат (через насильственное похищение, суровые тренировки и воспитание) приводит к тому, что после демобилизации для возвращения к мирной жизни им необходимо пройти сложный процесс реконструкции идентичности (Denov, 2010; Denov & Maclure, 2007).

Разоружение, демобилизация, реинтеграция и реабилитация (РДРР) используются для описания процесса возвращения детей-солдат к гражданской жизни. Этот же процесс применяется и в отношении взрослых, однако существуют специфические для детей программы, и в разных регионах они приобретают разные формы. Как уже упоминалось ранее, разоружение не является обязательным условием, поскольку дети могут выполнять многие другие, не связанные с непосредственным участием в боевых действиях, роли, входя в состав вооруженных группировок. Несмотря на то, что эти программы нашли широкое применение, очень мало данных об их эффективности. В одном из исследований, проведенном в Сьерра-Леоне (Williamson, 2006), было выделено девять сфер применения вмешательств, способствующих успешной реинтеграции в семью и общину:

- Сенсбилизация общины к возвращению детей
- Формальное разоружение и демобилизация
- Преодоление переходного периода в условиях «центра временного попечения»
- Мониторинг семьи и посредничество в решении проблем
- Воссоединение семьи
- Традиционные очистительные и исцеляющие церемонии и религиозная поддержка
- Школа или тренинги навыков
- Доступ к медицинской помощи для тех, кто посещает школу или проходит тренинг
- Индивидуальное консультирование и поддержка.

Одно из исследований, проведенное в Мозамбике, в котором бывших детей наблюдали в течение 16 лет, показало, что облегчению длительной реинтеграции и достижению самодостаточности способствовали: принятие и прощение общиной, традиционные церемонии очищения и ритуалы исцеления, стабильный доход и обучение (Boothby et al, 2006).

Переходные или центры временного попечения, как правило, являются первым местом, где могут находиться демобилизованные дети после возвращения из вооруженных групп, с которыми они были связаны. В одном из таких центров в г. Гома, расположенном на востоке Демократической Республики Конго, 250 детей были сгруппированы в семьи по 30 человек, каждая из которых имела отдельный спальный корпус и консультантов (Humphreys, 2009). Дети в каждой из групп имели смешанное этниче-

ское происхождение и ранее входили в состав разных вооруженных групп. В дополнение к индивидуальному консультированию, для тех, кто имел специфические проблемы, семейные группы были сформированы таким образом, чтобы дети могли слышать друг друга и оказывать взаимную помощь и поддержку. Дети находились в центре в течение трех месяцев, до того как реинтегрироваться в общину.

### **Выводы**

Таким образом, в контексте реинтеграции, бывшие дети-солдаты сталкиваются с многими иными проблемами, кроме ран, нанесенных войной. В действительности, психологические последствия имеют: доступ к образованию и трудоустройству, финансовая безопасность, принятие общиной и многие другие факторы, связанные с их постконфликтными условиями жизни. Понимание влияния множественных, связанных с войной и постконфликтных факторов имеет важное значение для правильного определения целей применения вмешательств (Betancourt et al, 2010).

## **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ЗАТРОНУТЫХ ВОЙНОЙ**

В этом разделе мы ограничимся описанием последствий влияния войны на детей, которые вынуждены были из-за военных событий покинуть свой родной дом и мигрировать в новую принимающую страну. Будут также отражены подходы в диагностической оценке и составлении плана лечения, направленного на удовлетворение психических потребностей этих детей.

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что травма может оказывать влияние на психическое здоровье детей. Такое влияние, комплексное по своему характеру, учитывая то факт, что военные события влекут за собой воздействие множества стрессоров, включая насилие, перемещение, разделение семьи, лишения и тяжелые утраты, прерывание обучения и разрыв социальных связей.

Подверженность насилию ассоциировалась у детей с психологическими трудностями в диапазоне от проблем со сном и тревоги до посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Fazel et al, 2011; Hjern et al, 1991, Rothe et al, 2002). По всей видимости, важное значение имеет тяжесть и качество воздействия насилия: у детей, подвергавшихся разным формам насилия в течение длительного периода времени, проблемы с психическим здоровьем удерживались на протяжении девяти лет после бегства. И, наоборот, у детей, переживших более редкие и менее неблагоприятные события, отмечалась тенденция к более быстрому исчезновению симптомов (Montgomery, 2010). Подверженность родителей насилию также влияет на благополучие детей. Исследования показали, что если родителей подвергали пыткам, то это негативно сказывалось на психическом здоровье детей (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Cohn et al, 1985; Daud et al, 2008; Fazel et al, 2011). В одном из исследований было также отмечено, что если детям было известно о том, что кого-то из родителей удерживают под стражей, то это ассоциировалось с развитием у них ПТСР (Montgomery and Foldspang, 2006).

Дети войны иногда отделяются от своих семей и вынуждены в одиночку спасаться бегством. В одном из исследований отделение от родителей само по себе было

связано с ПТСР (Geltman et al, 2005). Отсутствие сопровождения взрослых при поисках убежища подвергает молодых людей повышенному риску возникновения психических проблем (Hjern et al, 1998). У детей, чьи семьи продолжают испытывать бедствия (например, если кто-то из родителей все еще находится в заключении или проживает в стране, разоренной войной), отмечается тенденция к ухудшению психологического функционирования. С другой стороны, психическое здоровье детей выглядит защищенным, если их семьи остаются сплоченными и готовыми в любой момент прийти на помощь (Fazel et al, 2011; Rousseau et al, 2004). Позитивный школьный опыт и взаимоотношения со сверстниками также коррелируют с благополучием у детей-беженцев (Fazel et al, 2011; Geltman et al, 2005, Sujoldzic et al, 2006).

### **Опыт миграции**

Семьи, которые пережили насилие до миграции, могут иногда сталкиваться с трудностями в принимающей стране, в том числе с насилием (Jauch et al, 2002), расизмом (Gunew, 2003), бедностью (Beiser, 2002), и неопределенным иммиграционным статусом. Продолжающийся опыт дискриминации (Hassan & Rousseau, 2008; Rousseau et al, 2009) и барьеры при организации защиты и помощи будут влиять на психологическое благополучие детей, равно как и на доверие и сотрудничество, которое может поощряться взаимоотношениями с предоставляющими помощь. Одно из исследований сомалийских подростков, которые спаслись бегством в США, показало, что депрессия и ПТСР были связаны с опытом дискриминации в принимающей стране (Ellis et al, 2008).

Клиницистам необходимо помнить о том, что семьи, спасающиеся бегством от войны, пытаясь получить убежище, часто сталкиваются с множеством барьеров. Это также влияет на психологическое благополучие детей. В действительности, некоторые лонгитудинальные исследования указывают на то, что пост-миграционные стрессоры являются более сильными предикторами депрессии у детей-беженцев, чем пережитые в прошлом события, связанные с военным конфликтом (Sack et al, 1993). Один из таких стрессоров – содержание иммигрантов под стражей. Многие экономически развитые страны придерживаются политики временного содержания под стражей детей и их родителей, ищущих убежища. Для детей, убежавших от войны, содержание под стражей является потенциальной повторной травмой и коррелирует с высокой распространённостью психических проблем.

Мигрирующие семьи проходят через период адаптации, который иногда может оказаться очень напряженным и вызывать сильный стресс. Процесс понимания трудностей и предложения решений является задачей, которую необходимо решать вместе всей семьей, принимая в расчёт сильные стороны семьи, ее готовность и способность справляться с проблемами, понимание семьей причин возникших трудностей и чувств по отношению к предложенным решениям этих проблем.

### **Устойчивость к внешним воздействиям**

На пути восстановления нормальной жизни необходимо добиться нового баланса между поддержанием некоторой связи с прошлым и освоением новых стратегий, позволяющих справиться с неизвестным. В целом, результаты научных исследований

указывают на то, что процесс аккультурации детей, ищущих убежища, протекает сложно, и не существует способа решения этой проблемы, который был бы более перспективным или, наоборот, пагубным для всех детей (Fazel et al, 2011). Для многих семей центральную роль играет духовность (Boehnlein, 2007), как в форме персональной молитвы, так и в виде поддержки, получаемой во время участия в религиозных ритуалах и праздниках. Такие религиозно-этнические социальные сети могут также давать детям ощущение принадлежности. Однако они могут также действовать на ребенка как напоминание о травме, если в прошлом религия была связана с пережитой травмой. Эффективными средствами, помогающими справиться со стрессом, могут быть занятия творчеством, спортом, работой и учебной, если они позволяют установить непрерывную связь со значимыми аспектами жизни ребенка до миграции и возникновения травматического расстройства. Эти же занятия могут быть новыми для ребенка и, если при освоении этих новых ролей ребенок получает необходимую помощь, они могут стать позитивными параметрами его адаптации.

Важно отдавать себе отчет в том, что не все последствия войны ведут только лишь к потерям и беспомощности. Травматические события могут способствовать активизации креативных навыков решения проблем и трансформироваться в источник сильных качеств и устойчивости к внешним воздействиям (Rousseau et al, 1999).

### **Преодоление последствий войны: диагностическая оценка и лечение детей, затронутых войной**

Вмешательства, применяемые в отношении детей, затронутых войной и другими гуманитарными катастрофами, можно представить в виде пирамиды, в основании которой находятся основные мероприятия по обеспечению безопасности. Следующий слой пирамиды включает в себя усиление помощи со стороны общины и семьи, за которой следует более сфокусированная неспециализированная персональная помощь. Специализированные психиатрические службы формируют вершину пирамиды. Считается, что в идеале все эти вмешательства необходимо осуществлять одновременно. Практическое руководство по оказанию психологической и гуманитарной помощи при гуманитарных кризисах доступно на нескольких языках на вебсайте Постоянного межведомственного комитета (IASC, 2010).

#### **Оценка**

##### ***Доступность помощи: первичная помощь, профилактика и интерпретация***

Целый ряд практических моментов могут помочь в диагностической оценке и лечении детей, а также их родителей, испытывающих психические проблемы в результате войны. Важное значение имеют усилия, направленные на оказание поддержки учителям, специалистам первичной медико-санитарной помощи и работникам общин, помогающим в удовлетворении потребностей этих детей и их родителей, так как зачастую это именно те специалисты, к которым дети обращаются в первую очередь. Детям и их семьям была предложена помощь в общинных условиях, таких как школы (Kataoka et al, 2003; Ngo et al, 2008; Hodes 2008; Duncan

& Kang, 1985) и амбулатории первичной медицинской помощи, где специалистам оказывали поддержку бригады психиатрической помощи. Такая поддержка на уровне первичного медицинского звена может также, в случае необходимости, облегчать доступ к более специализированной помощи.

Школьные и общинные программы профилактики также могут играть ключевую роль в содействии психическому здоровью детей в иммигрантских и этнокультурных общинах. Мероприятия, реализуемые в школьных классах, могут помочь детям в ассимиляции прежнего и настоящего опыта, если представлять их в виде новых возможностей по обучению, облегчать выражение эмоций, относиться с уважением к опыту детей и способствовать формированию позитивных взаимоотношений с классом и обществом (Green et al 2005). В некоторых программах профилактики используются терапевтические методы, такие, как творческое самовыражение, для того чтобы помочь в трансформации прошлого и преодолении текущих неприятностей через креативность и метафорические образы, а также облегчение формирования солидарности среди детей (Rousseau & Guzder, 2008). Успешная поддержка семей и детей на уровне общины также означает начало процесса построения альянса и предоставления услуг, которые удовлетворяют биопсихосоциальные потребности переживших войну детей и их родителей.

И наконец, семьям, которые разговаривают на другом, а не на доминирующем в системе здравоохранения языке, следует предложить помощь переводчиков при проведении диагностики и лечения. Переводчики могут облегчить процесс клинического приема не только за счет перевода, но, в некоторых случаях, выступая также в роли культурных посредников и помощников в диагностике, помогая понять, перефразировать или передать знания (Hsieh, 2007; Rousseau et al, 2011)

### **Саморефлексия врача**

Исследование культурного контекста во время клинического осмотра требует открытости в признании врачом собственной идентичности, способности размышлять над тем, как другие видят себя, и открытости в восприятии себя как инструмента в терапевтической работе (Kirmayer et al, 2003). Это облегчает проведение диагностической оценки и помогает клиницисту исследовать такие сферы, как объяснительные модели заболевания и подходы к исцелению. Знание способов решения проблем, связанных с культуральными особенностями в психиатрической практике, таких как культуральная оценка по DSM-IV и практических рекомендаций по применению культуральной оценки в практике детской психиатрии (в качестве примера см. Ecklund & Johnson, 2007; Measham et al, 2010), может помочь провести оценку и оказать помощь, которая будет соответствовать культуральным особенностям пациента.

### **Процесс оценки**

Диагностическая оценка детей и семей, переживших войну, включает в себя исследование нескольких важных сфер:

- Переживания семьи, связанные с проживанием в своей и принимающей стране
- Симптомы у ребенка
- Симптомы у других членов семьи

- Сильные стороны семьи и каждого из ее членов
- Ресурсы и прежние обращения за помощью
- Обсуждение возможности комплексной реконструкции семьи и ее социальной сети.

В работе с последствиями воздействия войны на детей особо важное значение приобретает терапевтический альянс. Семьи и дети часто встречаются с незнакомыми людьми и проявляют осторожность в отношении того, кому и до какой степени можно доверять. Кроме того, некоторые члены семьи могут находиться в опасных ситуациях, поэтому первостепенное значение имеет конфиденциальность терапевтического пространства. Наряду с важностью исследования переживаний детей и родителей, связанных с военной травмой, необходимо также понимать в какой момент можно проводить расспрос, каким образом требовать предоставления информации, и какие могут быть затронуты культурные ценности при раскрытии такой информации. Требование открытости на западный манер в отношении событий, которые в данной культуре являются табу, может причинять вред. Требуя от детей открытости, необходимо учитывать их стадию развития и то, как такая открытость может повлиять на взаимоотношения между детьми и родителями. Посредники могут помочь понять, что находится под угрозой в плане понимания травматических переживаний. В случае с детьми, эффективным может быть достижение открытости более мягким способом, включая привлечение в качестве посредников родителей, которые могут помочь своим детям лучше понять свои переживания. Непрямые методы доступа к травме через занятия творчеством, игры и метафоры могут также помочь получить информацию, имеющую важное значение для оценки, при этом в глазах семьи клиницист не будет выглядеть чрезмерно настойчивым (Measham & Rousseau, 2010).

Если на карту поставлено выживание семьи, необходимо уделить внимание ее насущным потребностям, таким как убежище, обеспеченность жильем, безопасность и образование. Точно также, при проведении психиатрической диагностики ребенка-беженца, необходимо оценивать путь выживания семьи. Важное значение имеют терапевтические усилия, направленные на прерывание дальнейших травматических потерь и вызываемой ими негативной цепочки событий (Miller & Rasmussen, 2010). Необходимо также обратить внимание на то, какое значение могут иметь симптомы и диагнозы. Важно отметить, что диагнозы могут иметь важные последствия за пределами терапевтического пространства. В частности, диагноз, который не признает посттравматические аспекты симптомов, может непреднамеренно лишить поддержки человека с неопределенным статусом беженца, так как диагноз ПТСР хорошо принимается в юридических кругах, где он часто воспринимается, как вселяющий доверие к травматической истории, а его отсутствие (ошибочно) рассматривается, как доказательство того, что человек, утверждающий о том, что пережил травму, говорит неправду (Stein et al, 2007). С другой стороны, ярлык жертвы, связанный с ПТСР, несмотря на то, что вызывает реакцию сочувствия, может также неоправданно медикализировать проблему и уменьшить значение и влияние семьи и социальной сети. Осмотр психиатра и психиатриче-

ский диагноз могут быть стигматизирующими, поэтому необходимо учитывать как каким последствиям может привести установление ребенку диагноза.

И наконец, в разработке плана лечения поможет идентификация индивидуальных и семейных сильных сторон и переосмысление семейных ролей в контексте посттравматической адаптации. Например, парентификация ребенка в ближайшей или расширенной семье нередко воспринимается негативно, как бремя, хотя эта же роль может быть обнадеживающей в период посттравматического восстановления. Несмотря на то, что парентифицированный ребенок может страдать, испытываемое им чувство, что у него есть цель и на него возложена миссия, может одновременно выполнять защитную функцию.

## **Лечение**

### ***Ослабление симптомов и восстановление социального мира***

Лечение заключается в реконструкции персонального, семейного и социокультурного миров с целью восстановления у ребенка ощущения, что все нормально, позволяя жизни продолжаться (социальная интеграция) и преодолевая паралич, который может быть вызван ужасом и горем (ослабление симптомов). Необходимо добиться коррекции нарушений и улучшения функционирования, однако следует отметить, что достижение этих результатов не находится в линейной зависимости от исчезновения симптомов (Punoo et al, 2009). Для лечения это означает, что восстановление адекватного ритма жизни путем облегчения интеграции ребенка и его семьи в принимающую страну также важно, как и избавление от симптомов.

### ***От ненадежного статуса до стабильности***

Клиницист может почувствовать себя неловко, если попросить его помочь претенденту на статус беженца с его иммиграционными документами. Помощь, предоставляемая клиницистом семьям, добивающимся убежища, в виде сопроводительного письма к иммиграционному заявлению, является явным доказательством того, что клиницист признает достоверность переживаний семьи беженцев (Rousseau & Foxen, 2005). Если такое доказательство позволяет семьям получить безопасный иммиграционный статус, то это значительно облегчает психические страдания и симптоматику, при условии, что неопределенный иммиграционный статус был связан с плохим психическим здоровьем (Bean et al, 2007; Bodegard, 2005; Nielsen et al, 2008). Кроме того, эта поддержка (даже в том случае, если семья не получает безопасного иммиграционного статуса с помощью усилий клинициста) может частично нейтрализовать деструктивное влияние отказа в предоставлении убежища, который может оказаться повторной глубокой травмой.

### ***Удовлетворение основных потребностей***

Решение повседневных проблем играет ключевую роль в достижении нормального состояния, которое позволяет восстановление обычного ритма жизни. Большинство семей беженцев будут нуждаться в практической помощи от общественных организаций, преимущественно от социальных и медицинских служб или даже от школ, в решении насущных проблем. Иногда, восстановление контактов с семьями

из своей страны через общинные организации может облегчать формирование социальной сети. Однако целостность многих общин может быть нарушена насилием, и они могут оказаться разбитыми на группы, которые конфликтуют между собой, даже если общины находятся в ссылке. Таким образом, клиницисту необходимо понимать, какие социальные контакты могут обеспечивать социальную защиту, а какие могут служить дополнительным стрессором.

### **Психотерапевтические способы воздействия: терапия, медикаментозное и традиционное исцеление**

Связанные с травмой тревожные расстройства (исследованные, главным образом, в связи с ПТСР) и депрессия, вызванная потерями в условиях ссылки, можно успешно лечить с помощью разнообразных форм психотерапии. Кратковременная терапия, как когнитивно-поведенческая (КПТ), так и нарративная терапия, рекомендованы детям и подросткам беженцам, не только потому, что эти методы приводят к полному разрешению связанного с травмой страдания, но и потому, что они эффективны в облегчении симптомов и могут применяться в реальных условиях, в том числе и в школах (Ehnholt & Yule 2006; Kataoka et al, 2003; Ngo et al, 2008).

Несмотря на то, что психофармакологию можно рассматривать как один из вариантов оказания помощи таким детям, мы рекомендуем применять ее с осторожностью, учитывая тот факт, что очень мало доказательств ее эффективности у детей и подростков беженцев, кроме того, имеющиеся доказательства получены в исследованиях с участием детей не беженцев, с теми же диагнозами. В медицинской литературе перспективными считают методы лечения, интегрирующие традиционные элементы. Семьи беженцев иногда отдадут предпочтение креативным, основанным на творческом самовыражении методам терапии, таким как арт-терапия, отчасти из-за того, что такие методы используют невербальные подходы, таким образом, помогая тем, кто неохотно соглашается на вербальную терапию. Это также может отражать культуральные предпочтения и тот факт, что вербальные подходы могут воспринимать, как ненадежные из-за определенных стратегий избегания. В то время как западные методы лечения могут отдавать предпочтение более прямым проработкам травмы, фокусируя терапевтическую работу на травме, другие традиции могут предпочитать работать *вокруг* травмы (Rousseau et al, 2005). И наконец, одностороннее навязывание как западного опыта, так и культурально-восприимчивых подходов, может восприниматься, как насильственное, если не принять во внимание выбор ребенка или его семьи в отношении того, следовать или не следовать собственному выбору в определенный момент времени.

Для того чтобы план лечения был реалистичным, необходимо провести инвентаризацию доступных ресурсов в конкретной общине. Во многих местах специализированная психотерапия может не быть широкодоступной, но активисты общины и специалисты первичного медицинского звена могут оказывать качественную терапевтическую помощь и создавать условия для сопереживающего слушания, которое может с самого начала давать облегчение детям и их родителям.

## Резюме

Коррекция последствий воздействия войны на детей-беженцев, чьи семьи пережили домиграционную травму, требует сочетания знаний культуральных особенностей и методов терапии травмы, к которым относятся не только методы индивидуальной психотерапии и традиционные терапевтические подходы, но также системные вмешательства, направленные на последствия влияния организованного насилия на социальные взаимоотношения семьи. Особенно полезными могут быть структуры первичной помощи, в том числе клиники, школы и общинные организации, поскольку они расположены очень близко к местам проживания семей, особенно эффективными они могут быть в создании социальной сети вокруг ребенка-беженца и его семьи. Однако они могут испытывать больше трудностей в реализации специализированной терапии. Усилия по укреплению превентивных и основанных на поддержке общины подходов в решении проблем, вызванных влиянием войны на детей, а также, в случае необходимости, доступ к специализированным психиатрическим службам, помогут удовлетворить потребности детей-беженцев и предоставить необходимую помощь, в нужном месте и в нужное время.

## ВЫВОДЫ

Детским психиатрическим службам следует уделять внимание неблагоприятным последствиям влияния социальных стрессоров и факторов среды. Несмотря на то, что разные формы лечения могут помочь избавиться от симптомов и поддержать адаптацию ребенка и семьи, могут стать ключевыми признание коллективной природы социального страдания и оценка опыта ребенка и его семьи. Психиатры во всех странах могут играть важную роль, применяя межотраслевые формы вмешательства, которые помогают ослабить влияние этого стресса, а в некоторых случаях даже предупредить его. Долговременной целью является соблюдение Конвенции ООН о правах ребенка (см. Главу J7). В экономически развитых странах это может означать необходимость признания права на медицинскую помощь и образование детей, не являющихся гражданами этих стран и других уязвимых групп детей. В странах с низким и средним уровнем экономического развития это может быть связано с имплементацией мер защиты, с тем, чтобы снизить подверженность детей влиянию многих неблагоприятных факторов и улучшить их здоровье и благополучие.

Несмотря на то, что такие социальные изменения находятся за пределами обязанностей врачей-психиатров, психиатры могут играть решающую роль, выступая в поддержку изменений, которые могут способствовать улучшению психического здоровья и благополучия детей.