

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.89-008-053.2:343.54-056.8

Для корреспонденции

Бадмаева Валентина Дорджиевна – кандидат медицинских наук, руководитель Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23
Телефон: (495) 637-53-98
E-mail: vdbadmaeva@gmail.com

В.Д. Бадмаева¹, Е.Г. Дозорцева^{1, 2}, И.А. Чибисова¹, Е.В. Нуцкова¹

Психические расстройства у детей и подростков, возникающие в результате преступлений сексуального характера (клинические и клинико-психологические аспекты)

Mental disorders in children and adolescents due to sexual offenses (clinical and clinico-psychological aspects)

V.D. Badmaeva¹, E.G. Dozortseva^{1, 2},
I.A. Chibisova¹, E.V. Nutskova¹

The paper presents outcomes of investigation of 172 juvenile sexual assault victims. Described are clinical forms of mental disorders arising in children and adolescents who fell victim to sexual violence. Data are adduced about the psychological sequelae of sexual trauma in children depending on intrafamilial or extrafamilial type of child abuse.

Key words: children, adolescents, victims, sexual abuse, adjustment disorder, posttraumatic stress disorder, psychological consequences of sexual abuse

- ¹ ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва
² ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»
¹ The Serbsky State Research Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow
² Moscow City University of Psychology and Education

В статье изложены результаты обследования 172 несовершеннолетних потерпевших. Описаны клинические формы психических расстройств, возникающих у детей и подростков – жертв сексуального насилия. Приведены данные о психологических последствиях сексуальной травмы у детей в зависимости от внутри- или внесемейного типа насилия.

Ключевые слова: дети, подростки, потерпевшие, сексуальное насилие, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, психологические последствия сексуального насилия

Проблема сексуального насилия над детьми (Child Sexual Abuse) на сегодняшний день актуальна как никогда, а его последствия имеют чрезвычайно важное медицинское, психологическое и социальное значение. Сексуальное насилие, совершенное по отношению к ребенку, ведет к тяжелым психологическим травмам, которые дезорганизуют его психическую деятельность, надолго остаются в памяти, влияя на самооценку, развитие и характер будущих межличностных отношений и отражаясь, таким образом, на всей последующей жизни ребенка [12].

Под сексуальным злоупотреблением понимается «вовлечение зависимых, психически и физиологически незрелых детей и под-

ростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они не могут еще полностью понять и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия» [14].

Особая Национальная служба по вопросам насилия над подростками США (1993) определила сексуально оскорбительное поведение как действия, совершенные над другим человеком без его согласия, неравноправным образом либо под принуждением. В данном случае согласие предполагает следующие условия: 1) понимание сути сделанного предложения; 2) знание общепринятых стандартов в отношении того, что предлагается; 3) знание возможных последствий и альтернатив; 4) предположение, что согласие либо несогласие будет воспринято одинаково уважительно; 5) добровольное принятие решения и 6) умственную полноценность. Равноправие подразумевает, что оба участника обладают одинаковым уровнем власти во взаимоотношениях и ни один из них не находится под контролем или принуждением другого. Принуждение определяется как злоупотребление авторитетом, использование подкупа, угроз или силы, а также запугивание в целях получения взаимодействия или согласия [16].

Статистические данные о распространенности сексуального насилия над детьми и подростками в разных странах крайне противоречивы. Одна из причин такого положения заключается в высокой латентности данного вида преступлений. Считается, что официальная статистика его недооценивает, независимые наблюдатели переоценивают, а действительное положение неизвестно из-за стремления семьи скрыть факты сексуального насилия, нечеткости дефиниций, отсутствия у многих жертв выраженных эмоциональных нарушений [2, 3, 5, 7, 10]. Вместе с тем, по данным ЮНИСЕФ (2000), ежегодно около 1 млн девочек-подростков подвергаются сексуальному насилию, в отношении более 1,5 млн детей и подростков совершается насилие со стороны отвечающих за их воспитание взрослых, 2 млн детей подвергаются эксплуатации посредством проституции и порнографии.

К сожалению, в нашей стране долгое время тема сексуального насилия по отношению к детям практически не анализировалась. Изменение в середине прошлого десятилетия государственной политики в сфере защиты детства и уголовного законодательства позволили обнаружить ее чрезвычайную актуальность. Уголовная статистика России за последние 10 лет свидетельствует о крайне неблагоприятных тенденциях криминальной ситуации в этой области. При этом значительный рост сексуальных преступлений, по крайней мере отчасти, объясняется большим, нежели раньше, вниманием к ним правоохранительных органов и большей выявляемостью, тогда как прежде

они входили в структуру латентной преступности. Каждая 4-я жертва изнасилований и почти каждая 2-я жертва (42%) насильственных действий сексуального характера – несовершеннолетняя. Так, в 2003 г. в отношении детей и подростков было совершено 42 985 преступлений, из них сопряженных с насильственными действиями сексуального характера – 4628. В 2010 г. эти показатели выросли в 2 раза и составили 97 159 и 9524 соответственно. С 2003 г. почти в 8 раз (до 5923 человек в 2010 г.), возросло число детей, потерпевших от ненасильственных половых преступлений (ст. 134, 135 УК РФ). В частности, от полового сношения, мужеложства или лесбиянства их число увеличилось в 30,8 раза, достигнув в 2010 г. 3617 детей.

Из «Государственного доклада о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации» известно, что в 2012 г. жертвами преступлений стали 89 200 несовершеннолетних, погибли в результате преступных посягательств 2100 детей, получили тяжкий вред здоровью 2700 человек [http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/69]. По данным статистики МВД РФ, против половой неприкосновенности несовершеннолетних за 2012 г. в России совершено 8,8 тыс. преступлений, в том числе 4,4 тыс. изнасилований и насильственных действий сексуального характера (3,2 тыс. из них – в отношении малолетних), около 3,7 тыс. ненасильственных правонарушений [http://mvd.ru/Deljatelnost/statistics/reports/item/804701/].

Ситуацию сексуального насилия относят к экстремальным, чрезвычайным ситуациям, приводящим к особым психологическим последствиям – кризисным реакциям. Эти реакции непредсказуемы ни по времени (значит, к ним нельзя подготовиться), ни по содержанию (поэтому они воспринимаются как несправедливость, удар судьбы). Характер кризисных реакций зависит от адаптационных возможностей человека, от образа его реагирования на жизненные обстоятельства, от внешней поддержки [1, 3, 11, 16]. Наиболее выраженными они бывают при изнасиловании и описаны исследователями как синдром травмы изнасилования [11, 13].

У детей негативные последствия сексуального насилия могут быть весьма разнообразными по глубине и клиническим проявлениям – от легких кратковременных психоэмоциональных сдвигов до посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) с аутоагрессивными тенденциями и формированием аномальной личности [7, 8, 10, 11]. Одни из них развиваются у ребенка непосредственно после совершенного сексуального посягательства, другие проявляются по мере его развития, а третьи формируются спустя многие годы, влияя на характер межличностных, межпартнерских отношений взрослого человека [12, 14, 15]. Вместе с тем,

несмотря на актуальность в целом проблемы насилия, в том числе и сексуального в отношении детей, анализ последствий на их психическое здоровье, особенностей и структуры течения психогенных психических расстройств на судебно-психиатрическом материале в последние годы не проводился.

Цель проведенного исследования состояла в установлении клинических и возрастных особенностей психогенных расстройств, а также психологических последствий неклинического уровня у детей и подростков – жертв сексуального насилия.

Материал и методы

Объектом исследования были 95 (76 девочек и 19 мальчиков) малолетних и несовершеннолетних потерпевших по сексуальным правонарушениям (изнасилование – ст. 131 УК РФ, насильственные действия сексуального характера – ст. 132 УК РФ, половое сношение – ст. 134 УК РФ, развратные действия – ст. 135 УК РФ), проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ) в ГНЦССП им. В.П. Сербского с 2010 по 2012 г.

В соответствии с возрастной градацией были обследованы 12 детей от 3 до 6 лет, что составило 12,6% всех исследованных; 27 детей от 7 до 11 лет – 28,4%; 39 детей в возрасте от 12 до 15 лет – 41,1%, которые представили наиболее многочисленную возрастную категорию, а также 17 подростков от 16 до 18 лет – 17,9%.

В исследовании были использованы клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы, в качестве дополнительных – сексологический и параклинические методы.

Квалификация выявляемых расстройств проводилась на основании клиничко-диагностических критериев, изложенных в Международной классификации болезней (МКБ-10), в руководствах и глоссариях по детской и подростковой психиатрии [4, 6, 9].

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что у 42,1% потерпевших при проведении КСППЭ были диагностированы психические расстройства, при этом 23,2% – психогенные состояния, развившиеся после совершения правонарушений и состоящие в прямой причинно-следственной связи с преступлением против половой неприкосновенности несовершеннолетних.

Анализ психических расстройств у несовершеннолетних потерпевших, возникших вследствие сексуальных правонарушений, показывает, что в посткриминальной ситуации у них формируются очерченные психогенные состояния, которые

могут быть классифицированы в рубрике МКБ-10 F40–48 – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и представлены следующими расстройствами: «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43), с использованием различных дефиниций, в зависимости от клинических проявлений; «Фобические тревожные расстройства» (F40); «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), а также «Другие невротические расстройства» (F48) (рис. 1).

Диагностически значимыми и наиболее используемыми в исследуемом материале оказались состояния, клиническая картина которых была сопоставима с критериями рубрики МКБ-10 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43). Они выявлялись у 72,7% потерпевших, имевших психогенные расстройства, и соответствовали рубрикам «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) – 54,5%; «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1) – 18,2%; «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) – 18,2%; «Другие невротические расстройства» (F48) 9,1%.

Дополнительно для оценки психических расстройств у потерпевших, возникших вследствие совершенного сексуального посягательства, использовались диагностические категории из разделов «Расстройства психического (психологического) развития» (F80–89). Указанные нарушения детей были непосредственно связаны с длительной психотравмирующей внутрисемейной ситуацией и представлены задержкой психического развития ребенка. Нередко, при необходимости идентифицировать текущую травму, как правило, представленную в рамках семьи ребенка, нами использовалась дополнительная рубрика Т74 «Синдром жестокого обращения».

Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависели от комплекса факторов: характеристики сексуального посягательства, типологии криминальных ситуаций (бесконфликтное взаимодействие, конфликтно-стрессовое взаимодействие), индивидуально-психологических особенностей и возраста жертвы, наличия патологической почвы, психосоциальных влияний, а также дополнительных психогений. В частности для 10% потерпевших психотравмирующее влияние судебно-следственных действий, огласка совершенных по отношению к ним противоправных действий имели решающий, триггерный характер, который превышал по силе воздействия само сексуальное насилие.

В развитии **ПТСР** (F43.1) у потерпевших играли роль особенности сексуального насилия, характеризовавшиеся внезапностью, массивностью (изнасилование или несколько форм сексуального

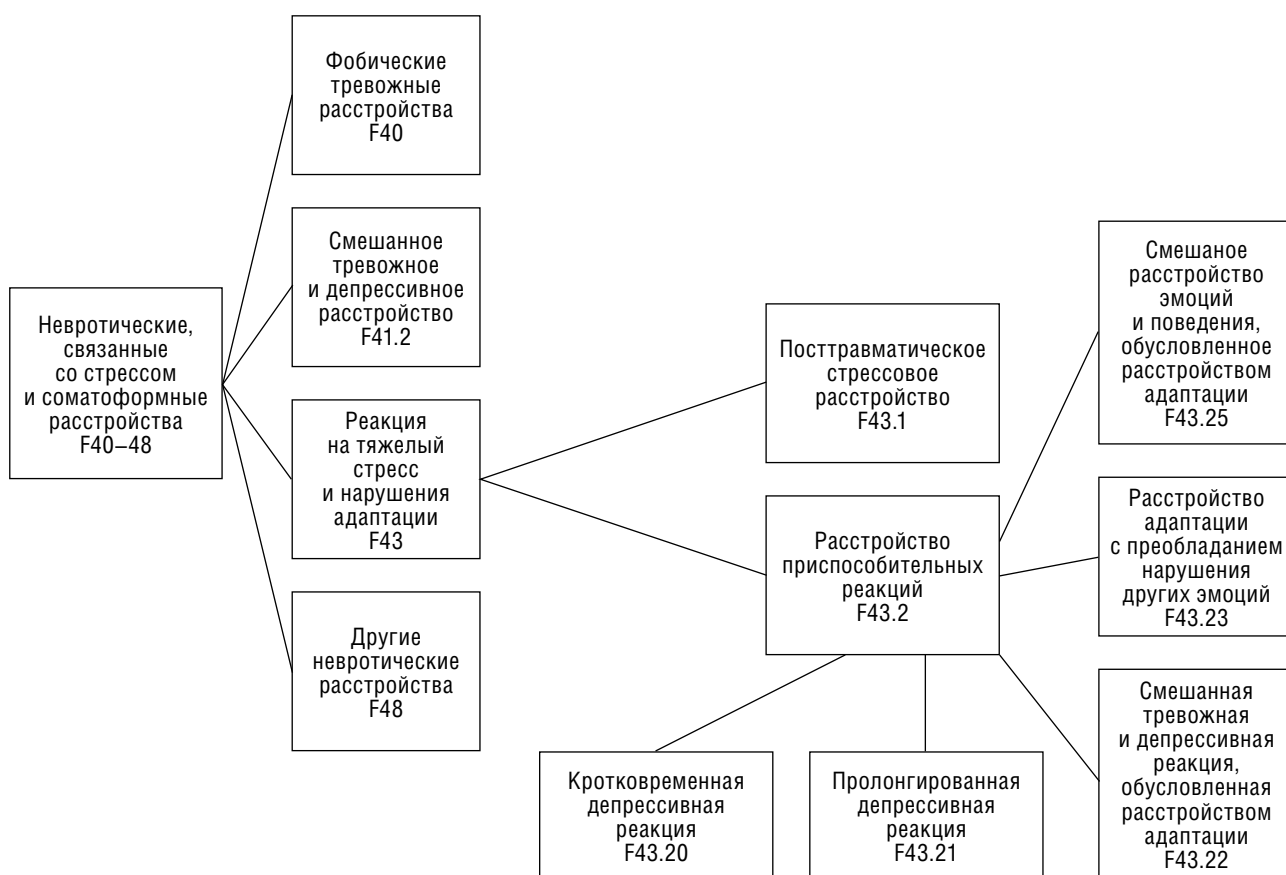


Рис. 1. Психогенные психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления

насилия одновременно) в условиях конфликтно-стрессового взаимодействия под влиянием агрессивного, грубого поведения посягателя (или группы посягателей) с применением физического принуждения. Клиническая картина расстройства отличалась разнообразными проявлениями: некоторые симптомы отмечались практически у всех потерпевших, их можно было рассматривать как облигатные признаки ПТСР у жертв сексуального насилия; ряд симптомов встречались у большинства потерпевших (факультативные признаки); отдельные – лишь в единичных случаях. Облигатными для ПТСР являлись следующие симптомы: депрессивный аффект, повторные, ни с чем не связанные навязчивые воспоминания и мысли о случившемся (реминисценции); нарушения сна с повторными кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживали происшедшие события; резкое ухудшение состояния при ситуациях, напоминавших какой-либо аспект травмирующего события; психосоциальные нарушения (избегание разговоров, мест, связанных с ситуацией насилия, общения со сверстниками, отказ от посещения занятий и т.д.); снижение диапазона аффективных реакций; гипер-

бдительность; фобические расстройства; соматовегетативные нарушения, ощущения униженности, оскорбленности. К факультативным признакам относились чувство отрешенности, эмоциональной отчужденности, рассеянность внимания, ухудшение памяти, суицидальные мысли, неспособность ориентации на длительную жизненную перспективу. Лишь у единичных потерпевших отмечались навязчивые образы, проявлявшиеся внезапными яркими «наплывами» картин, отображавших детали происшедшего – состояние флэшбэк, навязчивые, неприятные ощущения в анально-генитальной области, выраженный психологический дистресс с двигательным беспокойством, тревогой, плачем при виде насильника на очной ставке. Расстройство носило длительное и волнообразное течение.

В клинической картине **смешанного тревожного и депрессивного расстройства** (F41.2) присутствовали одновременно и тревожность, и депрессия, но ни одно из этих состояний не являлось преобладающим. Страхи (фобии) возникали на фоне повышенной тревожности, выраженного беспокойства с внутренним напряжением, подавленным настроением, ощущением надвигающейся опасности, бо-

язни повторения психотравмирующей ситуации в обстоятельствах, сходных с предшествующим психогенным воздействием. Отмечалась четкая связь фабулы страха с пережитой сексуальной травмой: дети боялись незнакомых лиц мужского пола, темных и пустых помещений, отказывались выходить на улицу, оставаться дома без родителей. Симптоматика усиливалась под влиянием незначительных раздражителей, особенно при проведении следственных мероприятий (повторные допросы, очные ставки и т.д.). Возникшее расстройство зачастую носило длительный характер – продолжительностью от нескольких месяцев до полугода.

Другие невротические расстройства (F48) у исследуемых потерпевших проявлялись невротическими состояниями с повышенной утомляемостью, слабостью, снижением повседневной (школьной) продуктивности, а также невротическими нарушениями в виде энуреза, логоневроза, тиков.

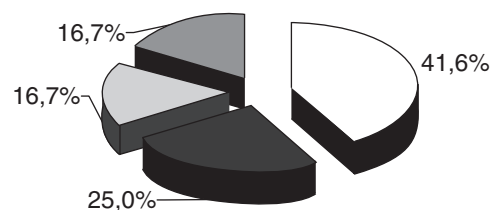
Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни, стрессовому событию, которым, безусловно, является правонарушение против половой неприкосновенности, расценивались нами в рамках **расстройства приспособительных реакций** (F43.2). Это расстройство, как отмечалось выше, чаще всего диагностировалось у потерпевших (в 54,5% случаев) и было представлено диагностическими категориями «Пролонгированная депрессивная реакция» (F43.21), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22), «Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций» (F43.23) и «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации» (F43.25) (рис. 2).

Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) развилась у 16,7% несовершеннолетних девочек и характеризовалась волнообразным течением (в среднем 3–6 мес) с ухудшением состояния при проведении следственных мероприятий. Клиническая картина проявлялась подавленным, тоскливым настроением с поглощенностью тягостными воспоминаниями, концентрацией сознания на событиях случившегося несчастья, «депрессивными руминациями» с чувством вины, идей отношения, самообвинения, в некоторых случаях с возникновением комплекса сверхценных переживаний, отражавших психотравмирующее событие, сложившуюся ситуацию, свое положение в ней, чувством оскорбленности, униженности, избирательностью в общении, с мрачным, пессимистическим видением будущего, со стертыми соматовегетативными расстройствами, нарушениями сна. У некоторых потерпевших периодически возникали суицидаль-

ные мысли. Заболевание носило ундулирующий характер, содержательный комплекс депрессии полностью не дезактуализировался, хотя внешне не всегда проявлялся, потерпевшие справлялись со своими обязанностями, посещали занятия, что требовало от них определенных усилий. Упоминания о психотравмирующей ситуации у всех потерпевших данной группы вызывало ухудшение состояния с углублением депрессивной симптоматики.

Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22), отмечалась у 41,6% исследуемых. При этом в клинической картине присутствовали отчетливые как тревожные, так и депрессивные симптомы.

Девиации поведения практически всегда сопровождают психогенные расстройства у детей и подростков. В части случаев поведенческие нарушения становятся не только ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их маской [4]. У 25,0% малолетних потерпевших (при равном соотношении мальчиков и девочек) проявились симптомы **смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленного расстройством адаптации** (F43.25). Клиническая картина характеризовалась как аффективными расстройствами, так и поведенческими реакциями: повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к замечаниям взрослых, склонностью к демонстративным и внешнеобвиняющим формам реагирования, отсутствием аффективного резонанса к чужим переживаниям. Наиболее часто у потерпевших отмечались реакции протеста, проявлявшиеся непослушанием, грубостью, вызывающим поведением, агрессией и враждебностью по отношению к близким, в ряде случаев с аутоагрессией (попытка нанести самопорезы, медикаментозное отравле-



- Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.21
- Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации F43.25
- ▒ Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций F43.23
- Пролонгированная депрессивная реакция F43.21

Рис. 2. Расстройство приспособительных реакций у несовершеннолетних потерпевших

ние). Интенсивность аффективных расстройств колебалась от субдепрессивных до легких депрессивных состояний. Порой аффективный компонент внешне не проявлялся: потерпевшие выглядели упорядоченными и спокойными, но за этим «фасадом» скрывалась выраженная напряженность со склонностью к суицидальным тенденциям, выявлявшаяся при упоминании о психотравмирующих событиях.

Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) встречалось в 16,7% случаев и характеризовалось симптомами нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность, гнев. Тревога и депрессия не являлись столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие, более специфичные депрессивные или тревожные расстройства.

Исследование показало, что у малолетних (до 14 лет) жертв особенности психогенных состояний во многом зависели от характеристики сексуального насилия. При бесконфликтном взаимодействии и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно знакомыми людьми, очерченных психогенных состояний не развивалось вообще. Данный факт объяснялся отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие неосведомленности ребенка в вопросах половых взаимоотношений. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимались детьми как игра либо как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к пубертатному периоду, формированию осведомленности в вопросах половых отношений сексуальные действия приобретали характер специфической сексуальной травмы и проявлялись очерченными психогенными расстройствами.

Вместе с тем, как показывает исследование, не у всех потерпевших (даже подросткового возраста) наблюдались клинически выраженные симптомы последствий пережитого сексуального насилия и злоупотребления. В данных случаях психологами могли отмечаться характерные психологические последствия. Их можно определить как негативные изменения психического состояния, индивидуально-психологических свойств потерпевшего, нарушения психического и личностного развития, приводящие к понижению качества его жизни.

В данной выборке у 57,9% потерпевших комиссией экспертов не было диагностировано каких-либо психических расстройств, в том числе уголовно релевантных последствий пережитого насилия. Однако у этой категории потерпевших психологами отмечались следующие особенности: пониженный фон настроения (12,5%), повышенный уровень тре-

вожности (14,3%), повышенная утомляемость (8,9%), реакции раздражительности и негативизма (23,2%), неуверенность в себе (10,7%).

У 20,6% потерпевших с диагностированными расстройствами, не связанными с пережитым психотравмирующим воздействием (например, органическое расстройство личности, легкое когнитивное расстройство, эмоционально-лабильное расстройство), психологами отмечались эмоциональная неустойчивость (34,8%), нарушения поведения (21,7%), страх повторения психотравмирующей ситуации (23,6%). Данные психологические последствия пережитого сексуального насилия носили изолированный характер и не позволяли квалифицировать у потерпевшего какое-либо психическое расстройство, тем не менее они влияли на качество его жизни. Значительное число потерпевших описывали трудности общения со сверстниками (52,4%), изменения в настроении (42,8%), степени активности (36,5%), оценке своих собственных возможностей и будущего (28,6%).

Мы предположили, что, в зависимости от типа насилия (внутри- и внесемейное) будут различаться психологические последствия травматического опыта. Анализ психологических заключений показал, что при внутрисемейном типе насилия выраженность последствий сексуального насилия выше, чем при внесемейном. И в том, и в другом случае психологами отмечались психическое напряжение (13,3%), повышенный уровень тревоги (13,3%), подавленность (14,6%) при затрагивании в беседе темы пережитого насилия. При внесемейном типе насилия в качестве характерных психологических последствий выступали образ мужчины и неприятие близких (интимных) отношений (21,6%). При внутрисемейном насилии для ребенка были свойственны неуверенность в себе, трудности общения со сверстниками (28,6%). Специфической особенностью внутрисемейного насилия являлось возникновение у потерпевших амбивалентного отношения к насильнику (26,7%), который чаще всего был значимым взрослым (родителем или другим близким родственником). Это проявлялось в неоднозначной оценке ребенком происшедших событий, личности преступника, принятии ответственности за преступления на себя. Кроме того, амбивалентная оценка ситуации насилия и преступника была характерна для детей и подростков – жертв преступных сект. Такие потерпевшие кроме негативной оценки происшедших событий обращали внимание и на положительные стороны ситуации либо активно отрицали сам факт преступления, таким образом помогая преступнику.

При сравнении реакций на травматическое событие по полу потерпевших более выраженные последствия пережитого сексуального насилия

были выявлены у мальчиков. Кроме того, у мальчиков в несколько раз чаще наблюдались случаи обеспокоенности своим состоянием и негативные ожидания от будущего (37,8%). В отличие от потерпевших мальчиков, для девочек, переживших внесемейное насилие, характерным являлся негативный образ мужчины (28,3%), у девочек также чаще наблюдалась проекция пережитого травматического опыта в содержание игровой деятельности и материал диагностических методик (17,2%).

Результаты проведенного исследования показывают, что вред, причиняемый сексуальным насилием и злоупотреблением, затрагивает все сферы жизнедеятельности ребенка, ухудшая его актуальное состояние, нарушает социальное функционирование и общую продуктивность деятельности, оказывая влияние на психологическое развитие в целом.

Выявлена *возрастная специфика* психических расстройств у малолетних и несовершеннолетних жертв сексуального насилия, которая заключается в преобладании невротического уровня психогенных состояний и рудиментарности психопатологических проявлений.

Установлено, что *специфическое воздействие* сексуальной травмы играет важную роль в структурно-динамическом оформлении психических расстройств у несовершеннолетних потерпевших при наличии у них способности понимать характер и значение сексуальных отношений с интрапсихической переработкой травматического опыта и развитием у них пролонгированных депрессивных реакций, посттравматического стрессового расстройства, формированием негативного образа мужчины и неприятием близких (интимных) отношений как отдаленных последствий.

Таким образом, именно при сексуальных злоупотреблениях возникает необходимость в раннем психокоррекционном и психотерапевтическом вмешательстве в целях обеспечения защиты детей и прекращения жестокого обращения с ними. Однако специфика сексуального насилия, отсутствие и недостаток у детей и подростков жизненного опыта для всесторонней оценки ситуации требуют четко разработанной, адекватной и максимально щадящей стратегии терапевтического вмешательства.

Сведения об авторах

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва):

Бадмаева Валентина Дорджиевна – кандидат медицинских наук, руководитель Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних

E-mail: vdbadmaeva@gmail.com

Дозорцева Елена Георгиевна – профессор, доктор психологических наук, руководитель лаборатории психологии детского и подросткового возраста, заведующая кафедрой юридической психологии и права ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»

E-mail: edozortseva@mail.ru

Чибисова Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков

E-mail: chibis-irena@mail.ru

Нуцкова Елена Владимировна – младший научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста

E-mail: nuckova@gmail.com

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. *Антонян Ю.М.* Насилие. Человек. Общество // Монография. – М.: ВНИИ МВД России, 2001. – 246 с.
3. *Воронова Е.Л., Шипшин С.С.* Дети – жертвы сексуального насилия. Правовые и психологические аспекты: Метод. рекомендации. – Ростов н/Д, 2000. – 58 с.
4. *Гурьева В.А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. – 208 с.
5. *Гурьева В.А., Морозова Н.Б.* Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка): Метод. рекомендации. – М., 1990. – 16 с.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М., 1995. – 560 с.
7. *Морозова Н.Б.* Психические расстройства у несовершеннолетних – жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрические

- кое значение). – Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 339 с.
8. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Литвиненко И.В. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка) : Метод. рекомендации – М., 1993. – 25 с.
 9. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
 10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с. (Серия «Практикум по психологии»).
 11. Шостакович Б.В., Парфентьева О.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних потерпевших: Метод. рекомендации – М., 1977. – 15 с.
 12. Alexander P.C., Teti L., Anderson C.L. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting // *Child Abuse Negl.* – 2000. – Vol. 24, N 6. – P. 829–838.
 13. Burgess A.W., Holmstrom L.L. Rape trauma syndrome // *Am. J. Psychiatry.* – 1974. – Vol. 131. – P. 981–986.
 14. Kempe C.H. Sexual abuse, another hidden pediatric problem // *Pediatrics.* – 1978. – Vol. 62. – P. 382.
 15. Russel D. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse in female children // *Child Abuse Negl.* – 1983. – Vol. 7. – P. 133–146.
 16. Shaw J.A., Lewis J., Loeb A. et al. Child on sexual abuse: psychological perspectives // *Child Abuse Negl.* – 2000. – Vol. 24, N 12. – P. 1591–1600.