

УДК 343.625.6

СИНДРОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

© Л.М. Курзин, А.А. Ефимов, Е.Н. Лазарева

Ключевые слова: жестокое обращение с детьми; пренебрежение основными нуждами; насилие.

Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме жестокого обращения с детьми и подростками как одной из наиболее значимых угроз личной безопасности несовершеннолетних. Раскрыты понятие, причины и последствия жестокого обращения с ребенком. Представлены основные виды насилия с выделением судебно-медицинских аспектов физического насилия как одной из самых распространенных форм жестокого обращения с детьми, с характеристикой основных различий между умышленной и случайной травмой.

Проблема жестокого обращения с детьми в современном обществе не теряет своей актуальности и виной тому отчасти служат и социально-экономические условия, и изменение структуры семьи, и неконтролируемая миграция. Все это, несомненно, обостряет взаимоотношения между родителями и детьми. Увеличение количества асоциальных семей, семей с низким уровнем дохода, зачастую находящихся за чертой бедности, их социальная изоляция, алкоголизм и наркомания родителей никоим образом не способствуют снижению уровня общей агрессии и гнева во взаимоотношениях родителей с детьми. С этих позиций многие авторы рассматривают жестокое обращение как социальную проблему общества [1–6]. Несмотря на то, что Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает наказание за отдельные виды насилия, совершенные в отношении детей [7], некоторые авторы обращают внимание на то, что статьи УК РФ, предусматривающие жестокое обращение с детьми, несовершеннолетними и требуют дополнений [8]. Однако следует отметить, что проблема жестокого обращения с детьми является проблемой не только медико-социальной. Кроме работников здравоохранения ей должны заниматься ведомства образования, социальной защиты, правоохранительных органов. Но в большинстве случаев инициаторами разработки случаев жестокого обращения являются медицинские работники. И это вполне объяснимо, ведь медики наиболее часто встречаются с результатами любого насилия над ребенком, и они призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям.

Обобщая мнение ряда авторов, мы можем привести следующее определение: под *синдромом жестокого обращения (СЖО)* с ребенком понимают комплекс симптомов, возникающих в результате физического, психического и сексуального воздействий на ребенка со стороны родителей, опекунов или других лиц проживающих совместно с ним [9–12]. В МКБ-10 СЖО зарегистрирован в рубрике Т.74 «Синдром жестокого обращения»:

- Т.74.0 – Оставление без внимания или заброшенность.
- Т.74.1 – Физическая жестокость.
- Т.74.2 – Сексуальная жестокость.

Т.74.3 – Психологическая жестокость.

Т.74.8 – Другие симптомы жестокого обращения.

Т.74.9 – Синдром не уточненного жестокого обращения [13].

Проведенные исследования родителей, среди которых выявлены случаи жестокого обращения со своими детьми, показали, что у них имеются следующие психологические, поведенческие или личностные особенности: низкая самооценка, несдержанность, незрелость, склонность к диктату, агрессивность, отгороженность от семьи и друзей [14–16]. При этом было отмечено, что жестокое обращение с детьми представляет собой гораздо более сложное явление, чем просто следствие патологического развития отдельно взятой личности. Многие авторы выделяют ряд факторов, определяющих развитие СЖО, такие как особенности взаимоотношений родителя и ребенка, сложившийся семейный уклад и проблемы внутри семьи, стрессы, обусловленные социально-экономической средой, в которой проживает семья, и, в более широком смысле слова, общественными условиями. [9, 11–12, 17–27]. Из них большинством исследователей выделены наиболее значимые. Это психологические нарушения, нарушение структуры и функции семьи, социально-экономические факторы, культурные традиции.

Психологические нарушения. Примерно 25 % родителей, которые испытывали жестокое обращение в детстве, сами впоследствии допускали насилие по отношению к своим собственным детям [25, 28]. По мнению Дж. Боулби, автора теории психологической привязанности ребенка к его матери, младенец для нормального развития должен получать достаточно тепла и нежности от тех, кто его растит (см. [17]). Привязанность к матери или лицу, ее заменяющему, для младенца является генетически запрограммированным процессом, обеспечивающим его выживание. Формирование привязанности матери к ребенку реализуется опосредованно – через социально-психологические факторы, к числу которых относятся: взаимоотношения с отцом ребенка; желанность беременности; собственный социально-экономический статус; наличие поддержки семьи, ее ожидания от своего ребенка.

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

- семьи, где физическое насилие является способом решения возникающих проблем, становясь частью семейных отношений;

- семьи, где мать или отец страдают алкоголизмом, что разрушает эмоциональные связи между родителями и детьми и, как следствие, снимает моральные и нравственные запреты на насилие, в т. ч. и сексуальное, в отношении детей;

- семьи, где супружеские отношения по разным причинам нарушены и отсутствует возможность удовлетворения своих сексуальных потребностей вне семьи, что может привести к сексуальному насилию или растлению детей;

- социально изолированные семьи, где родители сами избегают связывать себя сколь-нибудь близкими отношениями с окружающими людьми и даже с родственниками [27];

- дисфункциональные семьи, в которых ребенок по необходимости сам берет на себя обязанности матери по отношению к младшим [9, 20, 26].

Социально-экономические факторы. Хотя по данным некоторых исследователей сексуальное и психологическое насилие с одинаковой частотой встречаются как в обеспеченных, так и в бедных семьях, в семьях с низким достатком дети часто служат мишенью для отрицательных эмоций родителей в виде различных форм насилия [22]. Особенно заметно увеличение различных проявлений насилия по отношению к детям в периоды общественных и социально-экономических изменений [21, 24].

Культурные традиции. Традиции и обычаи, принятые в конкретной культуре, могут диктовать жестокость в практике воспитания детей [23].

Виды жестокого обращения с детьми. Большинство авторов выделяют четыре основных вида: физическое насилие, сексуальное насилие, психологическое или эмоциональное насилие и пренебрежение основными нуждами ребенка [9–12, 29]. Наиболее значимыми, с позиции судебной медицины, являются физическое и сексуальное насилие.

Физическое насилие – это преднамеренное нанесение ребенку повреждений или травм родителями либо лицами, их заменяющими, или другими взрослыми, в результате чего у ребенка возникают нарушения физического и/или психологического здоровья и развития либо наступает летальный исход [12, 30]. Свидетельством физического насилия, прежде всего, являются повреждения мягких тканей. Однако повреждения могут носить и случайный характер, т. е. причиняться непреднамеренно. Судебно-медицинский аспект при изучении СЖО с ребенком в этих случаях, кроме непосредственного определения наличия повреждений и решения обычных при этом вопросов с ними связанных, заключается как раз в разграничении травмы умышленной от случайной.

В табл. 1 представлен ряд критериев этих отличий.

Травмы грудной клетки любой этиологии в детском возрасте встречаются редко. Это объясняется тем, что грудная клетка у детей более эластичная и, принимая силу удара на себя, она смягчает его и предохраняет от повреждения подлежащие органы. Переломы ребер при СЖО как правило протекают без разрывов межреберных сосудов и повреждений внутренних органов.

Внутрибрюшные повреждения занимают второе место (после ЧМТ) как причина смерти при СЖО. Это

Таблица 1

Критерии отличий умышленных травм от случайных

Вид повреждения	Признаки	
	умышленной травмы	случайной травмы
1	2	3
1. Повреждения мягких тканей: а) кровоподтеки	– множественные кровоподтеки различной давности (последняя определяется по изменению цвета); – расположение их в области гениталий, ягодиц, бедер, щек, шеи; – форма и размеры кровоподтека могут соответствовать предмету, которым могло быть нанесено повреждение; – несоответствие рассказа родителей о времени травмы объективной давности кровоподтека	– кровоподтеки, как правило, одной давности (за исключением случаев заболеваний, сопровождающихся синдромом гипокоагуляции); – локализация в области выступающих частей передней поверхности лица (лоб, нос, периорбитальная зона), коленей, локтей; – форма и размеры различные
б) ссадины	– характерные для действия ногтей пальцев рук; – форма ссадин линейная, их, как правило, несколько, располагаются параллельно друг другу	– могут наноситься любыми твердыми предметами; – бывают различной формы, локализация аналогична кровоподтекам
в) раны, в частности, укусы зубами	следы человеческого укуса характеризуются ранами, располагающимися по форме зубной арки (эллипсоидные или оvoidной), отпечатки зубов от верхних и нижних резцов имеют прямоугольную форму, от премоляров – циркулярную, характерно наличие кровоподтеков	для следов укуса домашнего животного (кошки, собаки) характерны: – треугольная форма ран; – остаются узкие и глубокие следы; – наличие кровоподтеков в области укушенной раны менее характерно

Окончание таблицы 1

1	2	3
2. Термические повреждения	<p>– наиболее часто встречаются у детей раннего возраста;</p> <p>– характерны контактные ожоги с четкой границей здоровой и поврежденной кожи при отсутствии следов брызг на коже;</p> <p>– условно умышленные ожоги подразделяются на следующие виды.</p> <p>I. Ожоги от погружения в горячую жидкость:</p> <p>1) при погружении ребенка в емкость с горячей водой в положении «складного ножа», при этом возникает ожог ягодиц и промежности;</p> <p>2) при погружении в кипяток дистальных отделов конечностей ребенка образуются ожоги в виде перчаток и носков.</p> <p>II. Ожоги от выплескивания горячих жидкостей на тело ребенка выглядят в виде стекающих полос, суживающихся книзу.</p> <p>III. Контактные ожоги наносятся раскаленными предметами, отражают форму предмета, имеют, как правило, четкие контуры</p>	<p>– значительно чаще встречаются в клинической практике, характерны для детей более старших возрастных групп;</p> <p>– при несчастных случаях ожоги чаще располагаются на передней поверхности тела;</p> <p>– характерны нечеткие границы между обожженной и неповрежденной кожей;</p> <p>– как правило, видны следы брызг горячей жидкости на окружающей ожог коже</p>
3. Травма костей*	<p>– несколько переломов в различной стадии заживления у одного ребенка;</p> <p>– перелом акромиального конца ключицы (возможен, если руку ребенка резко «дернуть» вверх);</p> <p>– переломы лопатки, грудины (типичны для прямых, сильных ударов);</p> <p>– переломы ребер в местах их соединения с позвоночником у детей грудного возраста (могут возникнуть при сильном сжатии грудной клетки с боков)</p>	<p>Переломы костей часто встречаются в детском возрасте, причем для каждого возрастного периода детства существуют случайные повреждения костей, характерные именно для данного возраста и присущие определенным костям и даже определенным зонам в этих костях. Например, переломы трубчатых костей у детей до 3-х лет при случайной травме возможны только в метафизарных зонах, на границе с ростковым хрящом (перелом луча в типичном месте)</p>
4. Черепно-мозговая травма (ЧМТ)**	<p>I. Переломы костей свода черепа возникают при ударе по голове или головой обо что-либо с дополнительным усилием, поэтому характерно несколько линий переломов, которые как бы разветвляются и пересекают линии швов; если предмет имел ограниченную поверхность, возможно формирование вдавленного перелома.</p> <p>II. Синдром тряски*** у детей до 2-х лет является патогномоничным для СЖО:</p> <p>– отсутствие наружных повреждений;</p> <p>– родители не могут четко описать картину случившегося;</p> <p>– клиника зависит от тяжести поражения ЦНС: от как бы дремлющего или капризничавшего ребенка до полного отсутствия сознания, судорог, эпистотонуса, остановки дыхания;</p> <p>– при осмотре глазного дна определяется кровоизлияние в сетчатку</p>	<p>– при случайной ЧМТ линия перелома обычно ровная, узкая и не выходит за пределы одной кости;</p> <p>– рассказ родителей об обстоятельствах травмы не противоречит объективной картине</p>

Примечания: * Что касается переломов трубчатых костей у детей грудного возраста, то в результате недостаточной минерализации костной ткани и повышенной ее эластичности возникают переломы по типу «зеленой ветки», т. е. поднадкостничные, которые на рентгенограмме в первые часы не видны. В течение последующих нескольких дней или недель (это зависит от возраста ребенка) кровоизлияние в зоне перелома насыщается солями кальция, формируется ложная костная мозоль, которая определяется клинически. Такое утолщение сохраняется в среднем 6 месяцев после травмы, а иногда и на протяжении года.

** Черепно-мозговые травмы являются самой частой причиной летальных исходов при физическом насилии.

*** Так называемый «синдром тряски ребенка» возникает, когда родители придают колебательные движения телу ребенка, удерживая его за плечи, пытаются утихомирить его или наказать. Повреждения, возникающие при этом, связаны с анатомическими особенностями детского организма: слабые шейные мышцы, нет полноценного контроля за положением головы и шеи; затылочное отверстие более широкое; в головном мозге содержится больше воды; относительно низкая миелинизация структур; широкое субарахноидальное пространство, швы и роднички. Диагностика такого вида травмы сложна из-за отсутствия наружных повреждений. Родители, доставляя ребенка с нарушением сознания, не могут четко описать картину случившегося. Всегда нужно помнить, что очень редко бывают случаи, когда грудной ребенок получает тяжелую ЧМТ случайно, дома, в своем обычном окружении.

связано со слабостью мышц передней брюшной стенки, недостаточной защищенностью верхнего отдела живота реберными дугами, повышенного содержания воздуха в желудке и двенадцатиперстной кишке вследствие анатомо-физиологических особенностей детского организма. В зависимости от того, какой орган поврежден, на первый план выступает картина или внутрибрюшного кровотечения, или перитонита. Обращение за медицинской помощью, как правило, позднее, родители скрывают истинные обстоятельства травмы, рассказывают придуманную версию, что сильно затрудняет диагностику и в конечном итоге приводит к высокой летальности.

В 1977 г. английский педиатр R. Meadow впервые привлек внимание к ряду заболеваний у детей, которые были умышленно вызваны родителями. Он назвал ее «Синдром Мюнхгаузена по принуждению» (СМПП). При этом ребенок является жертвой заболевания, сфабрикованного родителями. Пострадавший неоднократно госпитализируется, подвергается исследованиям и даже оперативным вмешательствам, что наносит физический вред его здоровью. Наиболее частый возраст детей с СМПП 2–5 лет, но может диагностироваться и в возрасте старше 5 лет, и в таких случаях ребенка можно считать соучастником, т. к. он фальсифицирует заболевание вместе с родителями.

Сексуальное насилие – это вовлечение ребенка (с его согласия или без такового) в погрязные или непрямые акты сексуального характера со взрослым с целью получения последним сексуального удовлетворения или выгоды, в результате которых наносится вред физическому и психическому здоровью ребенка и появляются отклонения в поведении, затрудняющие дальнейшую социальную адаптацию [12, 31, 32]. Р. Саммит для обозначения процесса вовлечения ребенка в сексуальную активность предложил термин «синдром аккомодации», включающий пять стадий: 1 стадия – секретность, 2 стадия – беспомощность, 3 стадия – приспособление, 4 стадия – попытка признания или раскрытия и 5 стадия – отступление [33]. Распределение жертв сексуального насилия по возрасту выглядит следующим образом: около 25 % – 0–5 лет, около 35 % – 6–11 лет и 40 % – 12–17 лет [19, 32]. Как правило, при судебно-медицинском обследовании выявляются следующие признаки (физические индикаторы сексуального насилия): повреждения области гениталий, анальной области в виде ссадин, разрывов, кровоподтеков, пигментации; нарушения целостности девственной плевы; «зияние» ануса; обнаружение заболеваний, передающихся половым путем, инфекции мочевыводящих путей; беременность; недержание мочи и кала; психосоматические болезни и нервно-психические расстройства [19, 30]. Судебные психологи к последствиям сексуального насилия относят: эмоциональные расстройства, поведенческие расстройства, нарушения межличностных отношений и когнитивные расстройства [34–36].

Пренебрежение основными нуждами ребенка. Наряду с отсутствием нормального питания, одежды, жилищных условий, медицинской помощи и наблюдения, благополучие ребенка, как установил Р. Соонетс, зависит от удовлетворенности его естественной потребности быть любимым и страдает в случае дефицита сопереживания со стороны близких людей [37]. Результатом этого является задержка физического и психоречевого развития ребенка, прежде всего, в результа-

те дефицита общения и сенсорной стимуляции [19, 38]. Такие дети, как показали работы некоторых авторов, отличаются характерным внешним обликом: сонный вид, припухшие веки, признаки запущенности в виде опрелостей, сыпи, обезвоживания (у младенцев) [9, 39].

Эмоциональное (психологическое) насилие – это однократное или хроническое психическое воздействие на ребенка, враждебное или безразличное отношение, а также другое поведение родителей и лиц, их заменяющих, которое вызывает у ребенка нарушение самооценки, утрату веры в себя, затрудняет его развитие и социализацию [32, 40]. Проявления психического насилия по Дж. Гарбари: игнорирование, отвержение, угрозы, терроризация, изолирование, развращение [33]. Данный вид насилия может осуществляться не только в семье, но и в ином, например, образовательном учреждении (т. н. институциональное насилие) [9, 41]. Чаще всего последствия эмоционального насилия проявляются в виде психосоматических болезней (бронхиальная астма, дерматиты и др.) [38, 42].

Некоторые авторы считают, что результатом насилия или пренебрежения основными нуждами детей являются последствия, которые можно определить как их травматизацию [18, 28]. В данном смысле понятие травмы, применяемое к жестокому обращению с детьми, включает вызванные действиями родителей или лиц, их заменяющих, нарушения психологического, эмоционального, когнитивного и социального функционирования ребенка [11, 43–48].

Среди наиболее часто встречающихся и существенных последствий жестокого обращения с детьми авторы выделяют следующие:

- проблемы в создании собственной семьи, налаживании супружеских отношений, решении бытовых проблем;
- затрудненная социализация, неспособность добиться успеха в профессиональной карьере;
- расстройства гендерной идентичности;
- злоупотребление алкоголем, вовлечение в употребление наркотиков, занятия проституцией [28].

Таким образом, выявление объективных медицинских признаков всех последствий жестокого обращения с ребенком путем детального клинического обследования, изучения медицинской документации и материалов уголовного дела является основной задачей экспертной комиссии при производстве судебно-медицинских экспертиз данной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. М.: Генезис, 2007. 128 с.
2. Зырина А.И., Индейкина Т.Л. Претотвращение жестокого обращения с детьми в семье: метод. пособие. Пермь: Ресурс, 2009. 109 с.
3. Капцова Е.А. Особенности самосознания подростков при различном восприятии семейной ситуации: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.
4. Мэи Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. 511 с.
5. Очирова А.В. Проблема жестокого обращения с детьми в современной семье: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб., 2005.
6. Социальная педагогика: курс лекций / под общ. ред. М.А. Галагузовой. М.: Гуманит. издат. центр ВЛАДОС, 2000.
7. Уголовный кодекс РФ. М., 1996.
8. Картавченко В.В. Уголовно-правовые аспекты жестокого обращения с несовершеннолетними: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Краснодар, 2008.

9. *Алексеева И.А., Новосельский И.Г.* Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. 2-е изд. М.: Генезис, 2010. 272 с.
10. *Григович И.Н.* Синдром жестокого обращения с ребенком. Диагностика. Помощь. Предупреждение. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2012. 184 с.
11. *Криворученко В.К.* Жестокое обращение с ребенком: Проявление и меры предотвращения // Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». 2012. № 3. URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2012/3/Krivoruchenko_Child-Abuse/. Загл. с экрана.
12. *Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И., Олиференко Л.Я. и др.* Жестокое обращение с детьми. М.: Издат. центр «Академия», 2001.
13. Международная классификация болезней 10 пересмотра. URL: www.medicusanicus.com/index.php?action=mkb. Загл. с экрана.
14. *Де Гольжак В.* История в наследство: Семейный роман и социальная траектория / пер. с фр. И.К. Масалкова. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. 233 с.
15. *Зравомыслова Е.М.* Насилие в семье и кризис традиционной концепции воспитания // Человек и семья: материалы науч.-практ. конф. М., 2000.
16. *Кулиш О.Г.* Взаимосвязь образа семьи и развития самосознания у детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005.
17. *Абрамов Н.К.* Семья и проблемы «внутрисемейной» жестокости // Агрессия и жестокость. СПб.: Питер, 2005. 109 с.
18. *Ардашева С.В., Борозинцев Н.М., Евмененко Е.В., Козловская Г.Ю.* Психолого-педагогические проблемы насилия над детьми: учеб.-метод. пособие. Ставрополь, 2003. 21 с.
19. *Богомолова Л.В.* Социогенные факторы неблагоприятного воздействия на психическое здоровье детей и подростков // Закон и право. 2005. № 3.
20. *Бубнова И.С.* Особенности Я-образа у подростков и его формирование в условиях семейного воспитания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Иркутск, 2004.
21. *Гаямова С.Ю.* Особенности самосознания подростков, подвергавшихся жестокому обращению в семье: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2012.
22. *Лиманская К.А.* Теоретические и методологические основы исследования социальной проблемы жестокого обращения с детьми в семье: автореф. дис. ... канд. социол. наук. СПб., 2005.
23. *Синягина Н.Ю.* Жестокость в современных семьях // Беспризорник. 2003. № 2.
24. *Хартман С.* О насилии в семье в США // Семья в новых социально-экономических условиях: материалы Междунар. науч.-практ. конф. Н. Новгород, 1998. 327 с.
25. *Целуйко В.М.* Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. М.: Владос, 2003. 272 с.
26. *Черепанова Е.М.* Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. Книга для школьных психологов, родителей, учителей. 2-е изд. М.: Академия, 1997. 96 с.
27. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. СПб.: «Питер», 2002. 656 с.
28. *Каюда Г.П., Луковцева З.В., Гаямова С.Ю.* Жестокое обращение с несовершеннолетними: идентификация и оценка психологических последствий: метод. пособие. М.: Спутник+, 2007. 49 с.
29. *Тюнина Л.И.* Жестокое обращение с детьми и методы их реабилитации. Самара, 2001.
30. *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина, 1968. 376 с.
31. *Курасова Н.В.* Психологическая реабилитация детей – жертв инцеста // Семейная психология и семейная терапия. М., 1997. № 2.
32. *Цымбал Е.И.* Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия: учеб. пособие. М., 2007.
33. *Garbarino J., Guttman E., Seeley J.W.* The psychologically battered child. San Francisco: Jossey-Bess, 1988.
34. *Асанова Н.К.* Руководство по предупреждению насилия над детьми: учеб. издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов пед. вузов. М.: Издат. гум. центр ВЛАДОС, 1997. 512 с.
35. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: объем и пределы компетенций: метод. рекомендации. М., 1991.
36. *Коньшова Л.П.* Судебно-психологическая экспертиза по делам об изнасиловании несовершеннолетних // Социалистическая законность. М.: Изд-во «Известия», 1983.
37. *Соонетс Р. и др.* Недостойное обращение с детьми. Тарту: АО Атлентс, 2000.
38. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
39. *Райкус Д.С., Хьюз Р.С.* Социально-психологическая помощь семьям и детям группы риска: практ. пособие: в 4 т. М.: Эксмо, 2009. Т. 3: Развитие и благополучие детей. 211 с.
40. *Зинькова Н.О., Михайлова Н.Ф.* Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб.: Речь, 2003. 248 с.
41. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак-тов высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003. 144 с.
42. *Меньшикова Е.С.* Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. 1996. № 6.
43. *Марголина И.А., Проселкова М.Е., Козловская Г.В.* Психические нарушения у детей раннего возраста, подвергшихся жестокому обращению // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102. № 5.
44. *Платонова Н.М., Платонова Ю.П.* Насилие в семье. СПб.: Речь, 2004.
45. Психологическое сопровождение лиц, переживших насилие в семье / под ред. Ю.П. Платонова. СПб., 2002.
46. *Тарабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. М.: «Когито-центр», 2007.
47. *Summit R.C.* The child sexual abuse accommodation syndrome // Child Abuse and Neglect. 1983.
48. *Кошелева А.Д., Алексеева Л.С.* Психологическое насилие над ребенком в семье, его причины и следствия // Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие. М., 2000.

Поступила в редакцию 19 февраля 2014 г.

Kurzin L.M., Efimov A.A., Lazareva E.N. SYNDROME OF CHILD ABUSE. FORENSIC ASPECTS

The article is devoted to the issue date of abuse with children and adolescents, as one of the most significant threats to the personal safety of minors. The concept, causes and consequences of child maltreatment are disclosed. The main types of violence with the release of the forensic aspects of physical violence as one of the most common forms of child abuse, with the characteristic of the main differences between intentional and accidental injury, are presented.

Key words: child abuse; neglect of basic needs; violence.

Курзин Леонид Михайлович, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологии, e-mail: medic-68@yandex.ru

Kurzin Leonid Mikhailovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Pathology Department, e-mail: medic-68@yandex.ru

Ефимов Александр Александрович, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины им. проф. М.И. Райского, e-mail: sydmadsar@yandex.ru

Efimov Aleksander Aleksandrovich, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Legal Medicine Department named after Professor M.I. Raisky, e-mail: sydmadsar@yandex.ru

Лазарева Екатерина Николаевна, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, студентка, e-mail: sydmadsar@yandex.ru

Lazareva Ekaterina Nikolayevna, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Student, e-mail: sydmadsar@yandex.ru