

Насилие и его влияние на здоровье

Доклад о ситуации в мире

По редакцией:
Этьенна Г. Круга, Линды Л. Дальберг, Джеймса А. Мерси,
Энтони Б. Зви и Рафаэля Лозано



Всемирная организация здравоохранения
Женева
Издательство «Весь Мир»
Москва
2003

УДК 34
ББК 67.408
Нас 31

Переводчики: Дубровина Л.В., Первушин А.С.
Научный редактор: доктор мед. наук, профессор Горинов В.В.

Нас 31 **Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире** /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с.
ISBN 5-7777-0225-2

Доклад Всемирной организации здравоохранения — это первое обширное исследование проблемы насилия и здоровья на международном уровне. В нем дается определение понятия «насилие» не с позиции правоохранительных органов, а с точки зрения вреда, наносимого здоровью человека. Подробно разбираются причины и корни насилия, которое проявляется в самых разных формах: межличностных (насилие против партнера, жестокое обращение с детьми, пожилыми людьми), коллективных (геноцид, вооруженные конфликты) и в виде покушений на собственную жизнь и здоровье.

Отпечатано в России по заказу Всемирной организации здравоохранения

Первоначально опубликовано в 2002 г. на английском языке как Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ
Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Этьенна Г. Круга и др.

Насилие 2. Домашнее насилие 3. Самоубийство 4. Сексуальное насилие 5. Война
6. Здравоохранение 7. Факторы риска I. Круг, Этьенн Г.

ISBN 92 4 154561 5 (По классификации NLM – HV 6625)

Фотография Нельсона Манделы воспроизводится с разрешения Африканского Национального Конгресса.

Всемирная организация здравоохранения с готовностью отвечает на запросы о разрешении воспроизводства или перевода ее публикаций (частично или полностью). Запросы следует направлять в Отдел публикаций, Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, Швейцария. Отдел публикаций охотно предоставит самую последнюю информацию о любых изменениях в тексте, планах публикации новых изданий, а также уже имеющиеся оттиски и переводы.

© **World Health Organization 2002**
© **Всемирная организация здравоохранения, 2002**

Все права охраняются

Публикации Всемирной организации здравоохранения защищены, согласно условиям Протокола 2 Всемирной конвенции об авторском праве. Все права охраняются.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, патентованные наименования, как правило, выделяются начальными прописными буквами.

В заголовках таблиц выражение «страна или район» означает страны, территории, города или районы.

ISBN 5-7777-0225-2
www.vesmirbooks.ru

Содержание

Предисловие	xiii
Введение	xv
Авторский коллектив	xvii
Выражение признательности	xxi
Вступление	xxiii
Глава 1. Насилие – глобальная проблема здравоохранения	1
Предварительные сведения	3
Видимое и невидимое	3
Проблема, которую можно предотвратить	3
Какой вклад в эту сферу может внести здравоохранение?	3
Определение понятия «насилие»	5
Преднамеренность актов насилия	5
Типология насилия	6
Виды насилия	6
Природа насильственных актов	7
Измерение масштабов насилия и его последствий	8
Виды информации	8
Источники информации	9
Трудности со сбором информации	9
Обзор имеющихся знаний по проблеме насилия	10
Оценка уровня смертности	10
Оценка насилия, не закончившегося смертельным исходом	11
Ущерб, причиняемый актами насилия	12
Исследование корней насилия: экологическая модель	13
Многоуровневый подход	13
Комплексные связи между факторами риска	14
Как можно предотвратить насилие?	16
Виды мероприятий превентивного характера	16
Многосторонний подход	17
Оценка эффективности мероприятий	17
Сбалансированность мероприятий системы здравоохранения	17
Воздействие на культурные нормы и традиции	17
Противодействие насилию на всех уровнях	18
Проблемы, с которыми сталкивается руководство стран мира	18
Заключение	19
Библиография	19

Глава 2.	Насилие в молодежной среде	25
	Предварительные сведения	27
	Масштабы проблемы	27
	Уровень убийств среди молодежи	27
	Динамика убийств в молодежной среде	28
	Насилие, не приводящее к смертельному исходу	30
	Поведение, повышающее риск насилия в молодежной среде	31
	Динамика насилия в молодежной среде	32
	С чего начинается насилие?	32
	Ситуативные факторы	33
	Каковы факторы риска насилия в молодежной среде?	34
	Индивидуальные факторы	34
	Факторы отношений	35
	Факторы на уровне общины	38
	Факторы на уровне общества	38
	Что можно сделать для предотвращения насилия в молодежной среде?	42
	Мероприятия на уровне личности	42
	Мероприятия на уровне взаимоотношений	44
	Мероприятия на уровне общины	46
	Мероприятия на уровне общества в целом	48
	Рекомендации	50
	Создание систем сбора информации	50
	Расширение масштабов научных исследований	50
	Разработка программ по предотвращению насилия	51
	Распространение знаний	52
	Заключение	52
	Библиография	52
Глава 3.	Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей	61
	Предварительные сведения	63
	Определение жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы	63
	Культурные факторы	63
	Виды жестокого обращения	63
	Масштабы проблемы	64
	Насилие с летальным исходом	64
	Насилие без летального исхода	64
	Каковы факторы риска насилия над ребенком и отсутствия заботы о нем?	69
	Факторы, усиливающие уязвимость ребенка перед насилием	70
	Характеристики воспитателя и семьи	71
	Факторы общины	72
	Общественные факторы	73
	Последствия жестокого обращения с ребенком	73
	Ухудшение здоровья	73
	Финансовое бремя	74

Что можно сделать, чтобы предупредить жестокое обращение с детьми и отсутствии заботы о них?	74
Методы поддержки семьи	75
Методы медицинского обслуживания	76
Терапевтические методы	77
Юридические и сопутствующие меры	78
Меры на уровне общин	80
Меры на уровне общества	82
Рекомендации	82
Улучшение оценки и мониторинга	82
Улучшение системы реагирования	83
Разработка стратегии	83
Улучшение данных	83
Увеличение исследований	83
Документация эффективного реагирования	85
Улучшение образования специалистов	85
Заключение	85
Библиография	85
Глава 4. Насилие со стороны интимного партнера	93
Предварительные сведения	95
Масштабы проблемы	95
Определение степени насилия со стороны партнера	97
Насилие и убийства	99
Традиционные понятия о мужской чести	99
Динамика насилия со стороны партнера	99
Как женщины реагируют на жестокое обращение	101
Каковы факторы риска насилия со стороны интимного партнера?	102
Индивидуальные факторы	103
Факторы отношений	105
Факторы общины	105
Факторы общества	106
Последствия насилия со стороны интимного партнера	106
Влияние на здоровье	106
Влияние насилия на экономику	108
Влияние на детей	109
Что можно сделать, чтобы предупредить насилие со стороны интимного партнера?	109
Поддержка жертв насилия	110
Юридические средства и законодательные реформы	110
Работа с виновниками насилия	112
Меры, принимаемые учреждениями здравоохранения	113
Меры на уровне общин	113
Принципы хорошей практики	116
Действия на всех уровнях	117
Привлечение женщин к борьбе с насилием	117
Изменение культуры госучреждений	117

Мультисекторальный подход	117
Рекомендации	118
Научное исследование проблемы насилия со стороны интимного партнера	118
Укрепление неформальных источников поддержки	118
Создание общих социальных программ	119
Вложение средств в первичное предупреждение насилия	119
Заключение	119
Библиография	119
Глава 5. Жестокое обращение с пожилыми людьми	129
Предварительные сведения	131
Определение плохого обращения с пожилыми	132
Традиционные общества	133
Масштабы проблемы	135
Домашнее окружение	135
Ситуация в учреждениях	136
Каковы факторы риска жестокого обращения с пожилыми?	136
Индивидуальные факторы	136
Факторы взаимоотношений	137
Факторы общины и общества	137
Последствия жестокого обращения с пожилыми	138
Домашнее окружение	139
Учреждения	139
Что можно сделать для предупреждения жестокого обращения с престарелыми?	140
Реагирование на национальном уровне	140
Реагирование на местном уровне	142
Рекомендации	147
Большая информированность	148
Более строгие законы	149
Более эффективные меры по предотвращению	149
Заключение	149
Библиография	149
Глава 6. Сексуальное насилие	153
Предварительные сведения	155
Определение сексуального насилия	155
Формы и контекст сексуального насилия	155
Масштабы проблемы	156
Источники данных	156
Оценка распространенности сексуального насилия	156
Сексуальное насилие в школах, учреждениях здравоохранения, во время вооруженных конфликтов и в лагерях беженцев	160
«Традиционные» формы сексуального насилия	163
Факторы риска сексуального насилия	163
Факторы, повышающие уязвимость женщин	163

Факторы, увеличивающие риск совершения изнасилования мужчинами	165
Влияние сверстников и семьи	166
Факторы общины	167
Факторы общества	167
Последствия сексуального насилия	168
Беременность и гинекологические осложнения	168
Болезни, передаваемые половым путем	169
Психическое здоровье	169
Суицидальное поведение	169
Социальный остракизм	171
Что можно сделать, чтобы предупредить сексуальное насилие?	171
Индивидуальные подходы	171
Меры, касающиеся развития детей	172
Реагирование медицинских служб	172
Работа в общинах	175
Юридическая и политическая реакция на сексуальное насилие	176
Действия по предупреждению других форм	177
Рекомендации	179
Увеличение исследований	179
Определение эффективности мероприятий	179
Первичное предупреждение сексуального насилия	180
Борьба с сексуальным насилием внутри медицинского сектора	180
Заключение	180
Библиография	
Глава 7. Насилие, направленное против собственной жизни и здоровья	189
Предварительные сведения	191
Определение суицида	191
Масштабы проблемы	191
Суицидальное поведение с летальным исходом	192
Суицидальное поведение и идеация, не имеющие летального исхода	196
Факторы риска суицидального поведения	197
Психиатрические факторы	197
Биологические и медицинские индикаторы самоубийства	199
Жизненные события как ускоряющие факторы	200
Социальные факторы и факторы окружающей среды	201
Что можно сделать для предупреждения самоубийств?	204
Подходы к лечению	205
Лечение поведения	205
Воздействие на взаимоотношения	206
Усилия общин	207
Мероприятия на уровне общества	208
Вмешательства после суицида	209
Политические меры	209
Рекомендации	210
Улучшение данных	210

	Дальнейшие научные исследования	211
	Улучшение психиатрического лечения	211
	Изменения в окружающей обстановке	211
	Усилия общин	212
	Заключение	212
	Библиография	212
Глава 8.	Коллективное насилие	221
	Предварительные сведения	223
	Определение коллективного насилия	223
	Формы коллективного насилия	223
	Данные о коллективном насилии	225
	Источники данных	225
	Проблемы со сбором данных	225
	Масштабы проблемы	225
	Пострадавшие от конфликтов	226
	Природа конфликтов	226
	Факторы риска коллективного насилия	228
	Политические и экономические факторы	229
	Факторы, действующие на уровне общества и общин	230
	Демографические факторы	230
	Технологические факторы	231
	Последствия коллективного насилия	231
	Влияние на здоровье	231
	Влияние конфликтов на здоровье некоторых особых групп населения	231
	Демографические последствия конфликтов	233
	Социальноэкономическое влияние	234
	Что можно сделать, чтобы предупредить коллективное насилие?	236
	Снижение вероятности возникновения насильственных конфликтов	236
	Реагирование на насильственные конфликты	237
	Регистрация случаев, научные исследования и распространение информации	240
	Рекомендации	242
	Информация и понимание	242
	Предотвращение насильственных конфликтов	242
	Усилия миротворческих организаций	244
	Реакция системы здравоохранения	245
	Реакция гуманитарных организаций	245
	Заключение	245
	Библиография	245
Глава 9.	Рекомендации для дальнейших действий	249
	Предварительные сведения	251
	Реагирование на насилие: что известно к настоящему моменту?	251
	Основные уроки, полученные на сегодняшний день	251
	Почему в борьбе с насилием должен участвовать медицинский сектор?	253
	Определение обязанностей и приоритетов	254

Рекомендации	255
Заключение	262
Библиография	262
Статистическое приложение	263
Ресурсы Интернета	333
Предметный указатель	339

Предисловие



Двадцатый век останется в памяти человечества как век, отмеченный насилием. Он оставил нам в наследство массовые разрушения и насилие, которое проявлялось в масштабах, никогда не виданных и невозможных до сего времени в человеческой истории. И все же такое наследие — результат «технологического» развития идеологии ненависти — не единственное, которое нам приходится выносить, и не единственное, с которым нам приходится сталкиваться.

Не так заметны, но гораздо чаще встречаются в жизни страдания людей, которые они терпят изо дня в день. Это страдания детей, с которыми дурно обращаются те, кто должен был бы заботиться о них, это женщины, которым их партнеры наносят увечья или унижают их, это пожилые люди, с которыми жестоко обращаются их попечители, это молодые люди, терпящие издевательства со стороны сверстников, и это люди всех возрастов, которые сами совершают насилие над собой. Эти страдания — а я мог бы привести гораздо больше примеров — постоянно воспроизводятся заново, поскольку новые поколения учатся насилию от предшествующих поколений, жертвы получают уроки от своих истязателей, а общественные условия, которые являются питательной средой насилия, продолжают сохраняться в нашем мире. Нет ни одной страны, ни одного города, ни одного квартала, которые были бы защищены от насилия. Но это не значит, что мы бессильны перед ним.

Насилие пышно расцветает там, где отсутствуют демократия, уважение к правам человека и справедливое управление. К такому выводу приходим мы, когда рассуждаем о том, каким образом «культуре насилия» удастся пустить корни. И это, конечно, верно — как гражданин Южной Африки, переживший апартеид и теперь ощущающий его последствия, я вижу это и испытываю на себе. Верно также и то, что модели насилия глубже проникают и шире распространяются в тех странах, где власти поддерживают существование насилия своими собственными действиями. Во многих обществах именно насилие является доминирующей силой, что не оставляет надежд на их экономическое и социальное развитие. И мы не можем допустить, чтобы это продолжалось.

Многие люди, которые изо дня в день терпят насилие, начинают верить в то, что насилие — это неременная часть человеческого существования. Но это совсем не так. Напротив, насилию можно противостоять. Его можно повернуть вспять. И в моей стране, и во всем мире мы можем видеть яркие примеры того, как насилие было остановлено. Правительства, объединения граждан и просто каждый из нас — мы можем изменить нынешнее положение дел.

Я приветствую выход в свет настоящего доклада — первого доклада о насилии и его влиянии на здоровье. Этот труд является ценным вкладом в осознание нами сущности насилия и его влияния на общество. Доклад показывает разные лики насилия, начиная от «невидимых миру» страданий самых незащищенных членов общества и до совершающихся у нас на глазах трагедий конфликтующих стран. Он анализирует факторы, которые ведут к появлению насилия, и дает понять, как могут реагировать на него различные слои общества. Тем самым он напоминает нам, что безопасность и уверенность в завтрашнем дне не придут к нам сами собой: они являются результатом коллективного согласия и общественных усилий.

Доклад дает рекомендации, как действовать в этой области на местном, национальном и международном уровнях. Вот почему он станет поистине бесценным инструментом для государственных деятелей, людей науки, врачей, юристов и всех добровольных борцов с насилием. Хотя насилие всегда было объ-

ектом уголовного законодательства и системы правосудия, доклад обращает самое пристальное внимание на всемерное вовлечение всех слоев общества в дело предотвращения насилия.

Мы в долгу перед нашими детьми — а дети это самые уязвимые члены любого общества — и наш долг состоит в том, чтобы обеспечить им жизнь, свободную от насилия и страха. Поэтому нам следует не жалеть усилий, чтобы в мире, справедливости и процветании жили не только страны, но и общины, и члены каждой семьи. Мы должны взяться за корни насилия. Только тогда мы сможем трансформировать наследство, доставшееся нам от 20 века, превратив его из тяжелейшего бремени в урок для будущих поколений.

Нельсон Мандела

Введение



Жизнь множества людей во всем мире наполнена насилием, и тем или иным образом оно касается нас всех. Многие из нас могут легко избежать неприятностей: для этого им достаточно запереть двери и окна на крепкие замки и по возможности сторониться опасных мест. Другим же укрыться негде: насилие поджидает их дома, хорошо спрятанное от общественных взоров. А те, кому приходится жить в самом центре вооруженных конфликтов, на себе ощущают, как насилие пропитывает собой все стороны жизни.

Настоящий доклад, первое обширное исследование этой проблемы на международном уровне, показывает не только дань, которую насилие собирает с человечества — а это более 1,6 млн жизней ежегодно, плюс неизмеримо больший ущерб, который не столь заметен — но и многоликость насилия (его межличностные и коллективные проявления и покушения на собственную жизнь и здоровье), а также среду, в которой оно совершается. Доклад показывает нам, что там, где не прекращается насилие, здоровье людей постоянно подвергается серьезной угрозе.

Доклад ставит нас перед необходимостью сделать выбор. Он заставляет нас подумать о вещах, которые выходят за рамки того, что мы считаем приемлемым и удобным, и подвергает сомнению наши представления о том, что акты насилия — это не более чем внутреннее дело семьи, вопрос индивидуального выбора либо неизбежная примета нашего времени. В действительности, насилие — это сложная проблема, связанная с устоявшимися мнениями и привычками, которые создаются в результате взаимодействия множества различных сил внутри семей и общин, сил, порой пересекающих национальные границы. Доклад призывает нас работать с самыми разными партнерами и предлагает действенный, научно обоснованный и всеобъемлющий подход.

Мы уже располагаем некоторыми средствами и знаниями, чтобы изменить ситуацию, и это те же средства, которые в свое время с успехом использовались для решения других проблем здравоохранения. И мы понимаем теперь, где лучше всего применить наши знания. Насилие часто можно предвидеть и предупредить. Как и проблемы со здоровьем, оно распространено неравномерно среди групп населения или мест жизнедеятельности человека. Есть много факторов, которые увеличивают риск различных форм насилия, и эти факторы могут изменяться.

Красной нитью через весь доклад проходит одна тема: важность как можно более раннего предупреждения насилия. Даже самые скромные капиталовложения могут принести здесь большую пользу, которая сохранится надолго. Однако это невозможно без решимости, которую должны проявить лидеры стран мира, и без поддержки со стороны самого широкого круга лиц, представляющих как государственный, так и частный сектор и проживающих как в развитых, так и в развивающихся странах.

В последние десятилетия здравоохранение достигло заметных успехов, особенно в том, что касается сокращения многих детских заболеваний. Однако спасать детей от болезней только для того, чтобы они стали затем жертвами насилия или же терять их позже из-за актов насилия со стороны их партнеров, из-за дикостей войн и вооруженных конфликтов или из-за самоубийств было бы свидетельством беспомощности всей системы здравоохранения.

Хотя система здравоохранения сама по себе не способна решить эту сложную проблему, мы твердо намерены внести свой вклад в предотвращение насилия во всемирном масштабе. Настоящий доклад представляет собой попытку дать глобальный ответ насилию, так чтобы мир стал более спокой-

ным и более здоровым местом для всех. Я призываю вас внимательно прочитать этот доклад и присоединиться ко мне и к экспертам со всего мира, которые участвовали в его написании, чтобы претворить в жизнь его идеи.

Гро Харлем Брундтланд
Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения

Авторский коллектив

Издательский совет

Этьенн Круг, Линда Далберг, Джеймс Мерси, Энтони Зуи,
Рафаэль Лозано

Ответственный редактор

Линда Далберг

Экспертно-консультативный совет

Нана Эпт, Филипп Байберсон, Жаклин Кэмпбелл, Радика Кумарасвами, Вильям Фодж, Адам Грейкар, Родриго Герреро, Марианн Каструп, Реджинальд Морелс, Пауло Серджио Пинейро, Марк Розенберг, Терезинья да Силва, Мод Шам Касим.

Сотрудники Секретариата ВОЗ

Ахмед Абдулатиф, Сьюзен Бассири, Ася Брандруп-Луканов, Альберто Конча-Истман, Колетт Дело, Антонио Педро Филипе, Вивиана Манджятерра, Исахи Огава, Франческа Рачиопи, Сават Рамабут, Панг Руйан, Гуанендра Шарма, Сафия Сингате, Ясухиро Судзуки, Нерайо Текльмихаэль, Томрис Турмен, Мадан Упадхьай, Дерек Ях.

Региональные консультанты

Регионы ВОЗ:

Африканский регион

Нана Эпт, Ниреш Бхагуандин, Чيان Эстер, Елена Закариас, Педро Гаринне, Рейчел Джьюкс, Найра Хан, Ромилла Махарадж, Дэвид Ньямуайа, Филиста Оньянго, Велиль Шаша, Сафия Сингате, Иссеу Диоп Туре, Греер ван Зил.

Американский регион

Нэнси Кардиа, Артуро Сервантес, Мариано Чьяфардини, Карме Чавель-Аркас, Альберто Конча-Истман, Карлос Флетес, Иветт Холдер, Сильвия Нарваэс, Марк Л. Розенберг, Ана Мария Санхуан, Элизабет Уорд.

Регион Юго-Восточной Азии

Шрикала Бхарат, Виджей Чандра, Гопалкришна Гурурадж, Чурнругаи Канчаначитра, Минтарсих Латиеф, Паншимол Лотракул, Имам Мочни, Динеш Мохан, Тельма Нарайан, Харсаран Рандей, Саваи Рамабут, Санджеева Рамавера, Рунам Хетрапал Сингх, Правате Тантипиватанаскул.

Европейский регион

Франклин Апфель, Ася Брандруп-Луканов, Кевин Браун, Гани Демолли, Жозеф Гойкоэчеа, Карин Хельвег-Ларсен, Марья Герцог, Жозеф Казонде, Кари Киллен, Вивиана Манхьятерра, Аннемик Рихтерс, Тине Рикке, Элизабет Шауэр, Верит Шей, Ян Тойниссен, Марк Чехковски, Владимир Вербитски, Изабель Йорди.

Регион Восточного Средиземноморья

Саадиа Абенаоу, Ахмед Абдулатиф, Абдул Рахман Аль-Авади, Альберт Джокхадар, Хинд Хаттаб, Ламис Нассер, Асма Фозиа Кереши, Сима Самар, Мерват Абу Шабана.

Регион Западной части Тихого океана

Лиз Эккерман, Мод Шам Касим, Бернадетт Мадрид, Панг Руйан, Ванг Ян, Симон Янис.

Авторы и рецензенты

Глава 1. Насилие — глобальная проблема здравоохранения

Авторы: Линда Л. Дальберг, Этьенн Круг,

Вставки: Альберто Конча-Истман, Родриго Герреро (1.1); Александер Бутхарт (1.2); Витторио ди Мартино (1.3).

Глава 2. Насилие в молодежной среде

Авторы: Джеймс А. Мерси, Александер Бутхарт, Дэвид Фаррингтон, Магдалена Серда.

Вставки: Магдалена Серда (2.1); Александер Бутхарт (2.2).

Рецензенты: Нэнси Кардиа, Альберто Конча-Истман, Адам Грейкар, Кеннет Е. Пауэлл, Мохамед Сеедат, Гарт Стивенс.

Глава 3. Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей

Авторы: Дэсмонд Раньян, Коррин Ваттам, Робен Икеда, Фотма Хасан, Лурье Рамиро.

Вставки: Дэсмонд Раньян (3.1); Акила Белембаого, Питер Ньюэлл (3.2); Филиста Оньянго (3.3); Магдалена Серда, Мара Бустело Памела Коффи (3.4).

Рецензенты: Тильман Фурнисс, Фу-Йонг Джьяо, Филиста Оньянго, Селидед Альма де Руис.

Глава 4. Насилие со стороны интимного партнера

Авторы: Лори Хайзе, Клаудия Гарсия-Морено

Вставки: Мэри Эльсберг (4.1); Панамериканская организация здравоохранения (4.2); Лори Хайзе (4.3).

Рецензенты: Джил Астбери, Жаклин Кэмпбелл, Радика Кумарасвами, Терезинья да Силва.

Глава 5. Жестокое обращение с пожилыми людьми

Авторы: Розали Вольфк, Лия Дейчман, Джерри Беннетт.

Вставки: «ХэлпЭйдж Интернэшнл, Танзания» (5.1); Юко Ямада (5.2); Элизабет Подниекс (5.3).

Рецензенты: Роберт Аджарко, Нана Эптт, Мальгосата Халиска, Джордан Козберг, Алекс Юй-хуэн Кван, Сьобхан Лэйрд, Ариэла Ловенстайн.

Глава 6. Сексуальное насилие

Авторы: Рейчел Джьюкс, Пурна Сэн, Клаудия Гарсия-Морено.

Вставки: Рейчел Джьюкс (6.1); Айви Джосия (6.2); Фатма Хафаджи (6.3); Надин Франс, Мария де Бруин (6.4).

Рецензенты: Ната Даввери, Ана Флавия д'Оливейра, Мари П. Косс, Джун Лопес, Маргарита Кинталья Корди-льо, Пилар Рамос-Хименес.

Глава 7. Насилие против собственной жизни и здоровья

Авторы: Диего ДеЛео, Хосе Берголите, Дэвид Лестер

Вставки: Эрнест Хантер, Антон Ленарс (7.1); Дануга Вассерман (7.2).

Рецензенты: Аннетт Бётре, Мишель Гривна, Гопалакришна Гурурадж, Рамун Каледин, Артур Кляйнман, Пол Йип.

Глава 8. Коллективное насилие

Авторы: Энтони Зуи, Ричард Гарфилд, Алессандро Лоретти.

Вставки: Джеймс Уэлш (8.1); Хосе Теруэль, Сильвия Роблес, Алессандро Лоретти (8.2); Рейчел Бретт (8.3).

Рецензенты: Сулиман Балдо, Робин Купланд, Марианн Каструп, Артур Кляйнман, Дэвид Меддингс, Пауло Сержио Пинеиро, Жан Ригал, Майкл Тул.

Глава 9. Рекомендации для дальнейшей деятельности

Авторы: Этьенн Круг, Линда Дальберг, Джеймс А. Мерси, Энтони Зуи, Эндрю Уилсон.

Вставки: Тайрон Паркс, Шерин Уздин, Сью Голдстейн (9.1); Джоан Серра Хоффман, Родриго Герреро, Альберто Конча-Истман (9.2); Лора Сминки, Этьенн Круг (9.3).

Статистическое приложение

Колин Матерс, Миэ Иноуэ, Яннисс Гидош, Рафаэль Лосано-Ассенсио, Лана Томашкович.

Ресурсы Интернета

Лора Сминки, Александер Бурхарт, Андрес Вильявесес, Магдалена Серда.

Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения и Издательский совет хотели бы отдать особую дань уважения ведущему автору главы о жестоком обращении с пожилыми Розалии Вольф, которая ушла от нас в июне 2001 года. Она внесла поистине неоценимый вклад в дело защиты пожилых от жестокого обращения, постоянно демонстрируя заботу об интересах этой особенно уязвимой группы населения, часто лишенной возможности выразить свое мнение.

Всемирная организация здравоохранения хотела бы также поблагодарить многочисленных авторов, рецензентов, экспертов и консультантов, чья помощь, преданность делу и опыт сделали возможным выход настоящего доклада.

В доклад внесли свой вклад и множество других людей. Всемирная организация здравоохранения выражает признательность Тони Кахане, который прочел текст рукописи, а также Каролине Оллсопп и Анджеле Хейден, которые отредактировали окончательный вариант текста. Благодарности заслуживают также: Сью Армстронг и Эндрю Уилсон — за подготовку краткого обзора доклада; Лаура Сминки — за оказание неоценимых услуг Издательскому совету по текущему руководству и координации проекта; Катрин Кюра, Карин Энгстром, Нинке Пуртинга, Габриэлла Розен и Эмили Ротман — за помощь в осуществлении исследовательской работы; Эмма Фитцпатрик, Хэлен Грин, Решма Пракаш, Анджела Равильоне, Сабине ван Тюилл ван Серооскеркен и Нина Вугман — за информационную поддержку; Симоне Колайро, Паскаль Ланверс, Анджела Светлофф-Кофф и Стелла Табенгва — за помощь в административных вопросах.

Всемирная организация здравоохранения хотела бы также выразить благодарность «California Wellness Foundation», Всемирному Форуму по исследованиям в области здравоохранения, правительствам Бельгии, Финляндии, Японии, Швеции и Великобритании, Фонду Рокфеллера и Центрам США по контролю и предупреждению болезней — за их щедрую финансовую помощь, которая сделала возможным подготовку и издание настоящего доклада.

Вступление

В 1996 году Сорок девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Резолюцию WHA49.25, объявившую насилие важнейшей и все более обостряющейся проблемой здравоохранения во всем мире (см. вставку, в которой приводится полный текст резолюции).

В этой резолюции Ассамблея обратила внимание на серьезные последствия насилия — как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе — для отдельных людей, семей, общин и стран мира, а также подчеркнула, что насилие наносит огромный ущерб сфере здравоохранения.

Ассамблея обратилась к странам-членам с просьбой срочно обратить внимание на проблему насилия на их территории и просила Генерального директора Всемирной организации здравоохранения провести работу в системе здравоохранения, направленную на решение указанной проблемы.

Настоящий первый доклад «Насилие и его влияние на здоровье» является важной составной частью ответа ВОЗ на Резолюцию WHA49.25. Он подготовлен, прежде всего, для ученых и практиков. Эти последние включают в себя работников системы здравоохранения, социальных работников, тех, кто занят разработкой и реализацией программ по предотвращению насилия, педагогов и сотрудников правоохранительных органов. Имеется также краткий обзор доклада¹.

Цели доклада

Цель настоящего доклада — повысить информированность общества о насилии, существующем в мире, показать, что насилие можно предупредить и что системе здравоохранения принадлежит ключевая роль в деле исследования причин и последствий насилия.

Частные цели настоящего доклада состоят в том, чтобы:

- описать масштабы и последствия насилия в мире;
- описать ключевые факторы риска проявления насилия;
- представить отчет о мероприятиях, осуществленных в процессе борьбы с насилием, и суммировать все, что известно об эффективности этих мероприятий;
- представить рекомендации для деятельности в этой области на местном, национальном и международном уровнях.

Виды насилия и их масштабы

Настоящий доклад исследует те виды насилия, которые имеют место повсюду в мире в повседневной жизни людей и которые причиняют ущерб здоровью. В соответствии с вышесказанным, вся имеющаяся в распоряжении авторов информация была сведена в девять глав, которые освещают следующие темы:

1. Насилие — глобальная проблема здравоохранения
2. Насилие в молодежной среде
3. Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей
4. Насилие со стороны интимного партнера
5. Жестокое обращение с пожилыми
6. Сексуальное насилие

¹ *Насилие и его влияние на здоровье: краткий обзор ситуации в мире*, Москва, Издательство «Весь мир», 2002.

ВСТАВКА 1**Предотвращение насилия — первоочередная задача здравоохранения (Резолюция WHA49.25)**

Сорок девятая Всемирная ассамблея по проблемам здравоохранения,

Отмечая с большой озабоченностью стремительное увеличение во всем мире случаев преднамеренного нанесения телесных повреждений лицам всех возрастов и обоего пола, но в особенности женщинам и детям;

Поддерживая призыв, выраженный в Декларации Совещания в верхах по социальному развитию в отношении внедрения и реализации специальных программ и политики в области здравоохранения и социальных услуг, направленных на предотвращение насилия в обществе и на смягчение его последствий;

Поддерживая рекомендации Международной конференции по населению и развитию (Каир, 1994 г.) и Четвертой Всемирной конференции по проблемам женщин (Пекин, 1995 г.), направленные на то, чтобы в срочном порядке заняться решением проблемы насилия в отношении женщин и девушек и понять последствия актов насилия для их здоровья;

Напоминая о Декларации Организации Объединенных Наций о запрещении применения насилия в отношении женщин;

Отмечая призыв представителей мировой науки в Мельбурнской Декларации, принятой Третьей Международной конференцией по предотвращению насилия и борьбе с ним (1996), к увеличению международной кооперации в деле обеспечения безопасности граждан всего мира;

Признавая серьезный ущерб (проявляющийся сразу или в будущем) для здоровья и психического и социального развития, который насилие несет с собой для отдельных людей, семей, общин и стран;

Признавая растущие последствия насилия для системы здравоохранения во всем мире и его негативное воздействие на скромные возможности здравоохранения в странах и общественных группах;

Признавая, что работники здравоохранения часто первыми сталкиваются с жертвами насилия, обладая уникальными специальными знаниями и исполняя свое особое предназначение в обществе — помогать тем, кто находится в опасности;

Признавая, что ВОЗ — центральное учреждение, занятое координацией работы по вопросам здравоохранения в международном масштабе — осуществляет общее руководство работой стран-членов этой организации по созданию программ по предотвращению насилия, угрожающего жизни и здоровью людей, в том числе насилия, которое индивид направляет против себя;

1. ЗАЯВЛЯЕТ, что насилие является центральной проблемой здравоохранения во всем мире;
2. ПРИЗЫВАЕТ страны — члены ВОЗ оценить состояние с проблемой насилия на их территории и информировать ВОЗ о данной проблеме и о подходах к ее решению.
3. ПРОСИТ Генерального директора принять, в пределах имеющихся средств, меры по определению проблемы насилия, в том числе:
 - (1) дать характеристику различным видам насилия, определить их масштабы и причины, а также оценить последствия насилия для системы здравоохранения в мире, рассматривая также и гендерные аспекты;
 - (2) дать оценку эффективности мероприятий и программ, направленных на предотвращение насилия и на смягчение его последствий, обращая особое внимание на инициативы, исходящие от общественных групп;
 - (3) содействовать мероприятиям по решению этой проблемы как на международном, так и на национальном уровне, включая шаги, направленные на то, чтобы:
 - (а) лучше выявлять случаи насилия, сообщать о них и контролировать последствия насилия;
 - (б) побуждать различные ведомства больше участвовать в деле предотвращения насилия и управления им;

ВСТАВКА 1 (продолжение)

- (в) содействовать исследованию проблем насилия как первоочередной задаче научных исследований в области здравоохранения;
 - (г) готовить и распространять рекомендации по разработке программ по предотвращению насилия на уровне наций, стран и общественных групп во всем мире;
 - (д) обеспечивать координированное и активное участие в этой работе соответствующих программ ВОЗ;
 - (е) укреплять сотрудничество ВОЗ с правительствами, местными властями и организациями системы ООН при планировании и реализации программ по предотвращению насилия и по смягчению его последствий, а также при контроле над их исполнением.
4. Кроме того, ПРОСИТ Генерального директора представить доклад на 99-е заседание Исполнительного совета, изложив в нем уже имеющиеся успехи научно обоснованного подхода к проблеме насилия и представив план действий, направленный на дальнейший прогресс системы здравоохранения в деле предотвращения насилия.

- 7. Насилие, направленное против собственной жизни и здоровья
- 8. Коллективное насилие
- 9. Рекомендации для дальнейших действий

Поскольку в одном документе невозможно полно и адекватно охватить все виды насилия, каждая из данных глав концентрирует свое внимание на какой-то одной конкретной теме. Например, глава о насилии в молодежной среде исследует межличностные формы насилия среди подростков и молодых людей в общине. В главе о жестоком обращении с детьми обсуждаются физические, сексуальные и психологические формы жестокого обращения с детьми, а также отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей; другие формы жестокого обращения с детьми, такие как детская проституция и использование детей в качестве солдат, излагаются в других разделах доклада. Глава о жестоком обращении с пожилыми концентрирует свое внимание на обращении с ними в семье и в соответствующих учреждениях, а глава о коллективных формах насилия рассматривает конфликты с применением силы. Главы о насилии в отношении интимного партнера и о сексуальном насилии фокусируются в основном на насилии против женщин, хотя некоторые вопросы насилия в отношении мужчин и мальчиков включены в главу о сексуальном насилии. Глава о покушениях на собственную жизнь и здоровье концентрирует внимание на суицидальном поведении. Данная глава включена в настоящий доклад потому, что суицидальное поведение является одной из внешних причин телесных повреждений и часто в его основе лежат те же социальные, психологические и экологические факторы, что и в случае иных форм насилия.

Все главы имеют сходную структуру. Каждая начинается с краткого рассмотрения определений того вида насилия, которому она посвящена, после чего дается краткое изложение того, что известно о распространенности данной проблемы в различных регионах мира. В тех случаях, когда это возможно, приводится информация о положении в отдельных странах, а также результаты проведенных по данной теме исследований. Затем в главе излагаются причины и последствия данного вида насилия, приводится краткая информация о мерах, принятых для решения проблемы, и даются рекомендации для дальнейших исследований и действий. Чтобы ярче показать модели распространения насилия и результаты исследований, в текст всех глав включены таблицы, рисунки и вставки; в них также приводятся примеры мероприятий по предотвращению насилия и обращается внимание на те или иные специальные вопросы.

В докладе есть два дополнительных раздела: Статистическое приложение и перечень ресурсов Интернета. Статистическое приложение содержит глобальную и региональную информацию и информацию по отдельным странам, извлеченную из двух баз данных ВОЗ: «WHO mortality and morbidity database» и «Version 1 of

the WHO Global Burden of Disease project for 2000». В приложении описаны также источники данных и методы расчетов, объясняющие, как эти данные собирались и анализировались.

Перечень ресурсов Интернета включает в себя адреса веб-сайтов организаций, занимающихся исследованием насилия, его предотвращением и оказанием помощи жертвам насилия. В этот перечень включены метасайты (содержащие информацию о сотнях организаций, занимающихся проблемами насилия), веб-сайты, которые концентрируют внимание на конкретных видах насилия, веб-сайты по вопросам, связанным с насилием в более широком контексте, и веб-сайты, предоставляющие средства для лучшего понимания проблем насилия.

Как был создан доклад

Выход настоящего доклада стал возможен благодаря усилиям более 160 специалистов со всех концов света, работа которых координировалась небольшим Издательским советом. Экспертно-консультативный совет, в котором вместе с сотрудниками ВОЗ работали представители всех регионов мира (согласно классификации ВОЗ), направлял работу Издательского совета на всех стадиях подготовки текста доклада.

Все главы доклада были предварительно отрецензированы учеными различных регионов мира. Перед рецензентами была поставлена задача не просто попытаться оценить научное достоинство той или иной главы, но и дать оценку того, как проблема, обсуждаемая в данной главе, проявляется в их странах.

По мере работы над докладом проводились консультации с сотрудниками региональных отделений ВОЗ и группами экспертов из всех регионов мира. Участники таких консультаций рецензировали предварительный текст доклада, давая обзор проблем насилия в своих регионах или странах, и выдвигали свои предложения относительно того, что необходимо сделать, чтобы содействовать предотвращению насилия в регионах.

Задачи на будущее

Настоящий доклад, безусловно, обширное и первое в своем роде исследование. Однако это всего лишь начало большой работы. Мы надеемся, что благодаря выходу доклада проблемы насилия станут обсуждаться на местном, национальном и международном уровнях и что таким образом активизируется деятельность, направленная на предотвращение насилия.

ГЛАВА 1

Насилие — глобальная проблема здравоохранения

Предварительные сведения

Насилие, вероятно, всегда было частью существования человеческого сообщества. Его самые разнообразные проявления можно видеть во всех уголках мира. Ежегодно на земле гибнет более миллиона людей, и еще большее число получает телесные повреждения без летального исхода, как в результате покушений на собственную жизнь и здоровье, так и в результате межличностных и коллективных форм насилия. В общем, насилие является одной из основных причин смертности во всем мире среди людей в возрасте от 15 до 44 лет.

Хотя получить точную оценку ущерба, который причиняет насилие, трудно, все же очевидно, что он исчисляется в миллиардах долларов США, идущих на нужды здравоохранения во всем мире, в дополнение к миллиардам долларов ущерба для экономики стран мира, выражающегося в потерянных рабочих днях, в оплате работы правоохранительных органов и в неосуществленных капиталовложениях.

Видимое и невидимое

Разумеется, горе и страдания людей нельзя выразить в цифрах, тем более что большая часть этих страданий почти невидима. В то время как о некоторых видах насилия — таких как терроризм, войны, вооруженные восстания и общественные беспорядки — благодаря спутниковым системам связи телезрители могут узнать в любой час суток, гораздо большая доля насилия совершается вдали от людских глаз: дома, на рабочих местах и даже в медицинских и социальных учреждениях, созданных для оказания помощи населению. Большинство жертв такого насилия слишком малы, слабы или больны, чтобы защитить себя. Другие вследствие оказанного на них давления или воздействия обычаев и традиций вынуждены хранить молчание и никому не говорить о своих страданиях.

Что касается причин насилия, то часть их совершенно очевидна. Другие же коренятся в социальной, культурной и экономической жизни человека. Самые последние исследования показывают, что хотя биологические и иные личностные факторы объясняют некоторую предрасположенность человека к агрессии, все же чаще такие факторы взаимодействуют с семейными, общинными, культурными и прочими факторами внешнего характера и таким образом создают ситуацию, в которой возникает насилие.

Проблема, которую можно предотвратить

Несмотря на то, что насилие во все времена было спутником человечества, мы вовсе не должны относиться к нему как к неизбежной части нашего существования. С тех пор как появилось насилие, существуют и различные системы — религиозные, философские, юридические и социальные — призванные предотвратить или ограничить его. Ни одна из них не была абсолютно успешной, но все внесли свой вклад в борьбу с насилием.

С начала 1980-х годов система здравоохранения становится все более важным оружием в борьбе с насилием. Широкий круг практических работников, ученых и целые учреждения поставили перед собой задачу понять корни насилия и предотвращать его проявления.

Насилие может быть предотвращено, а его последствия могут быть уменьшены — точно так же, как система здравоохранения научилась предотвращать или уменьшать число осложнений, связанных с родами, производственными травмами, инфекционными заболеваниями и болезнями, возникающими от потребления некачественной воды и продовольствия во многих районах мира. Факторы, от которых зависит реакция на проявление насилия, в том числе социального, экономического, политического или культурного характера, а также взгляды и мнения людей — могут быть изменены.

Насилие может быть предотвращено. И это не вопрос веры, это заявление, основывающееся на фактах. Примеры успехов в этом деле можно наблюдать повсеместно — это усилия, которые предпринимаются отдельными людьми или общинами, а также мероприятия, осуществляемые по всей стране, включая реформу национального законодательства.

Какой вклад в эту сферу может внести здравоохранение?

Система здравоохранения по своему определению не должна заботиться о каждом пациенте в отдельности. Ее задача — борьба с заболеваниями, а также с условиями и проблемами, которые касаются здоровья населения или воздействуют на него; здесь здравоохранение стремится оказать максимум помощи для максимально большего числа людей. Это не значит, конечно, что здравоохранение не имеет дела с конкретными людьми. Ведь одной из его основных задач остается профилактика за-

болеваний, а также предоставление качественного ухода всему населению.

Подход системы здравоохранения к любой проблеме здоровья носит междисциплинарный и научно-обоснованный характер (1). Он использует достижения различных наук, в том числе медицины, эпидемиологии, социологии, психологии, криминологии, педагогики и экономики. Это дает возможность всемирной системе здравоохранения оставаться инновационной структурой, реагирующей на широкий перечень заболеваний и телесных повреждений.

Метод системы здравоохранения основан на коллективных усилиях. Он прошел проверку временем и показал, что для решения проблем, традиционно рассматривающихся как чисто «медицинские», необходимы согласованные действия в таких разных сферах как образование, соцобеспечение, юриспруденция и политика. Каждая из названных сфер играет важную роль в разрешении проблемы насилия, а когда они работают в этом направлении сообща, то образуется такой потенциал, который позволит значительно уменьшить масштабы насилия (см. вставку 1.1).

ВСТАВКА 1.1

Подход системы здравоохранения в действии: программа ДЕСЕПАС в Колумбии

В 1992 г. в городе Кали (Колумбия) по решению его мэра, медика по профессии, была разработана комплексная программа, нацеленная на снижение уровня преступности. В Кали, насчитывавшем к тому времени около 2 млн жителей, уровень убийств возрос с 23 случаев на 100 000 человек в 1983 г. до 85 в 1991 г. Программа получила название ДЕСЕПАС (испанская аббревиатура от «desarrollo, seguridad, paz» — «развитие, безопасность, мир»).

На начальных стадиях реализации этой программы были осуществлены эпидемиологические исследования, с тем чтобы выявить главные факторы риска насилия и сформулировать главные задачи. Были выделены специальные средства для полиции, судебных органов и для местного отделения общества защиты прав человека.

ДЕСЕПАС организовал курс по гражданским правам для сотрудников полиции, а также для населения в целом; по телевидению была показана серия передач (они выходили в пиковое время телевизионного вещания), в которых подчеркивалось, как важно проявлять терпимость по отношению к другим и уметь контролировать свое поведение. Совместно с неправительственными организациями города мэрия организовала для школ и семей программы культурного и просветительского характера, направленные на обсуждение проблем насилия и на помощь в мирном разрешении межличностных конфликтов. Одновременно были введены ограничения на продажу алкогольных напитков и запрещено ношение огнестрельного оружия в выходные дни и на специальных мероприятиях.

В процессе реализации данной программы были также созданы специальные проекты для молодежи, которые предоставляли ей новые экономические возможности и возможности безопасного проведения досуга. Мэр и его администрация обсуждали с горожанами свои предложения по борьбе с преступностью; причем городская администрация заверяла граждан, что она и в дальнейшем будет привлекать представителей общины к такого рода обсуждениям и давать им возможность участвовать в решении проблемы насилия.

С началом действия программы за период с 1994 по 1997 г. уровень убийств в Кали снизился со 124 случаев на 100 000 человек до 86, т.е. на 30%. В абсолютных цифрах число убийств за этот период сократилось приблизительно на 600 случаев по сравнению с предшествующими тремя годами, что позволило местным правоохранительным органам направлять имеющиеся в их распоряжении скромные средства на борьбу с организованными формами преступности. Более того, само общественное мнение Кали резко изменилось: было покончено с пассивностью в отношении борьбы с насилием, общественность заняла более активную позицию, твердо выступая за мероприятия, направленные на предотвращение насилия.

Работа системы здравоохранения основана на строгой научной методике. На пути от формулирования проблемы до ее разрешения необходимо пройти четыре ступени (1).

- Получение возможно большего объема знаний обо всех аспектах насилия путем систематического сбора информации о масштабах, сфере, характеристиках и последствиях насилия на местном, национальном и международном уровнях.
- Изучение причин насилия, т.е. проведение исследований, направленных на выявление:
 - причин и коррелятов насилия;
 - факторов, которые увеличивают или уменьшают риск проявления насилия;
 - факторов, которые могут быть изменены при внешнем воздействии на них.
- На основе вышеуказанной информации исследование путей предотвращения насилия, т.е. разработка, реализация и оценка мер вмешательства.
- Осуществление в ряде мест мероприятий, которые представляются наиболее многообещающими, широкая пропаганда успехов таких мероприятий и определение их экономической эффективности.

Для здравоохранения характерно прежде всего проведение профилактических мероприятий. Работники здравоохранения не просто фиксируют факты насилия и оказывают помощь его жертвам, они твердо убеждены, что как само насилие, так и его последствия могут быть предотвращены.

Определение понятия «насилие»

Любой исчерпывающий анализ насилия должен начинаться с определения его разнообразных форм, что позволит добиться научного его измерения. Существует много вариантов определения насилия. Всемирная организация здравоохранения определяет насилие (2) как:

Преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

Понятие, используемое Всемирной организацией здравоохранения, подчеркивает преднаме-

ренность и фактическое совершение акта насилия, независимо от его результата. Согласно этому определению насилием не являются непреднамеренные несчастные случаи, например телесные повреждения в результате дорожно-транспортных происшествий или ожоги.

Включение в определение слов «использование власти» расширяет обычное понимание природы насильственного акта тем, что включает в него действия, источником которых является власть над человеком, т.е. угрозы и запугивание. «Использование власти» означает, кроме того, отсутствие заботы, неоказание помощи или пренебрежение, что тоже включается в число насильственных актов. Таким образом, выражение «использование физической силы или власти» следует понимать, в частности, как отсутствие заботы, любые виды жестокого обращения (физического, сексуального или психологического), а также убийство и любое покушение на собственную жизнь или здоровье.

Такое определение охватывает широкий круг последствий насилия, в том числе психологический вред, ущерб для здоровья и отклонения в развитии. Это отражает возрастающее признание учеными и практиками необходимости считать насилием не только нанесение телесных повреждений или смерть, но и другие действия, которые наносят ощутимый ущерб здоровью отдельных лиц, семьям, общинам и системам здравоохранения во всем мире. Многие формы насилия против женщин, детей и пожилых людей, например, могут иметь результатом физические, психологические или социальные проблемы для них и не обязательно вести к телесным повреждениям, инвалидности или смерти. Последствия насилия могут быть не только явными, но и скрытыми, которые длятся многие годы после нанесения ущерба. Таким образом, учет только телесных повреждений или смерти сужает понимание воздействия акта насилия на отдельное лицо, общину или все общество.

Преднамеренность актов насилия

Одним из наиболее сложных аспектов понятия «насилие» является его преднамеренность. Здесь следует отметить два важных момента. Во-первых, намерение применить силу не обязательно означает, что есть намерение причинить ущерб. На самом деле, между задуманным действием и задуманным последствием его существует большая разница. Человек может преднамеренно совершить не-

кий акт, который по объективным стандартам будет рассматриваться как опасный и наносящий вред здоровью, хотя этот человек не считал его таковым.

Например, некий молодой человек может участвовать в драке. Удары кулаком по голове или использование какого-то орудия во время этой драки, безусловно, увеличивают риск серьезных телесных повреждений или смерти, хотя ни один из этих результатов не был преднамеренным. Отец или мать могут резко встряхнуть плачущего ребенка, чтобы успокоить его. Однако такое действие может привести к сотрясению мозга. Здесь была использована сила, но намерения причинить телесное повреждение не было.

Второй вопрос, связанный с преднамеренностью, состоит в различении намерения причинить телесное повреждение и намерения «применить насилие». Насилие, согласно Уолтерсу и Парку (3) может быть культурно обусловлено. Некоторые люди намеренно причиняют ущерб другим, но согласно своим культурным нормам и убеждениям не воспринимают это как насилие. Всемирная организация здравоохранения определяет насилие, связывая его со здоровьем или самочувствием человека. Некоторые поступки, например, побои, наносимые жене, могут рассматриваться кем-то как вполне приемлемое поведение, но согласно определению ВОЗ они считаются актом насилия с серьезными последствиями для здоровья человека.

Есть и другие аспекты, включенные в данное определение насилия, хотя они и не выражены прямо. Например, неважно, являются ли акты насилия публичными или скрытыми от общественности, происходят они в ответ на чьи-то действия или же совершаются по своей инициативе (4), являются они преступлением по закону или нет. Каждый из этих аспектов важен для понимания причин насилия и для разработки превентивных программ.

Типология насилия

Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции 1996 г. WHA49.25, которая объявила насилие ведущей проблемой здравоохранения, призвала ВОЗ разработать типологию насилия, которая характеризовала бы различные виды насилия и имеющиеся между ними связи. К настоящему времени существует несколько типологий

насилия, но ни одна из них не является всеобъемлющей (5).

Виды насилия

Типология, представленная в настоящем докладе, подразделяет насилие на три широкие категории в соответствии с характеристиками тех, кто совершает акт насилия:

- покушение на собственную жизнь или здоровье;
- межличностное насилие;
- коллективное насилие.

Это означает, что различается насилие, которое человек осуществляет в отношении самого себя, насилие, осуществляемое другим человеком или группой людей, и насилие, которое совершается более крупной группой, например государством, организованными политическими группами, вооруженными и террористическими организациями (см. рис. 1.1).

Каждая из этих трех широких категорий подразделяется затем на новые подгруппы, отражающие более конкретные виды насилия.

Покушение на собственную жизнь или здоровье

Покушение на собственную жизнь или здоровье подразделяется на суицидальное поведение и жестокое отношение к себе. Первое включает в себя мысли о самоубийстве, попытки самоубийства (называемые еще в некоторых странах «парасуицидом» или «преднамеренным нанесением себе телесных повреждений») и собственно самоубийство. В отличие от суицидального поведения жестокое отношение к себе означает, в частности, нанесение себе увечий.

Межличностное насилие

Межличностное насилие подразделяется на следующие две подгруппы.

- Насилие в семье и насилие над интимным партнером. Это насилие, которое совершается между членами семьи и партнерами и которое, как правило (хотя и не всегда), происходит в стенах дома.
- Насилие в общине. Это насилие, совершаемое над тем, с кем преступник не состоит в родстве; преступник и жертва могут быть знакомы или не знакомы друг с другом; как правило, такое насилие совершается вне дома.

свойственных другим типологиям тем, что отражает природу актов насилия, место их совершения, отношения между преступником и его жертвой, а в случае коллективного насилия — и возможные мотивы его совершения. Однако линии, разделяющие различные виды насилия, пока еще недостаточно ясны ни в теории, ни на практике.

Измерение масштабов насилия и его последствий

Виды информации

Информация требуется для разных целей, в том числе для:

- описания масштабов и последствий насилия;
- понимания того, какие именно факторы увеличивают риск насилия для жертвы и для преступника;
- определения эффективности программ предотвращения насилия.

Некоторые виды информации и их источники описываются в таблице 1.1.

Информация об уровне смертности

Информация о смертности в результате убийств, самоубийств и военных действий, может дать представление о масштабах насилия с летальным исходом в какой-то конкретной общине или в стране. При сопоставлении со статистикой других случаев смерти она показывает, каким бременем для общества являются телесные повреждения в результате насилия. Эта же информация может использоваться и для наблюдения за изменением масштабов насилия со смертельным исходом, для выявления групп людей или общин, которые в наибольшей мере подвержены риску насилия, а также для сравнительных исследований внутри страны и между странами.

ТАБЛИЦА 1.1

Виды информации и ее потенциальные источники

Виды информации	Источники информации	Примеры информации
Смертность	Свидетельства о смерти, статистические данные, данные медицинских экспертиз и следователей, отчеты моргов	Характеристики покойного, причина смерти, место, время и обстоятельства смерти
Заболееваемость и иные виды медицинской информации	Сведения, хранящиеся в больницах, клиниках и иных медицинских учреждениях	Заболевания, телесные повреждения, информация о физическом, психическом и репродуктивном здоровье
Информация, полученная в ходе опросов	Обследования, специальные исследования, СМИ	Взгляды, верования, поведение, культурные традиции и практика, жертвы и преступники, опасность подвергнуться насилию дома или в общине
Община	Данные о населении всей страны, данные органов местного самоуправления и других учреждений	Численность населения и его плотность, данные об уровне доходов и образования, об уровне безработицы, об уровне разводов
Преступность	Данные полиции, судов и лабораторий криминалистики	Виды преступлений, характеристики преступников, отношения между жертвой и преступником, обстоятельства инцидента
Экономическая информация	Данные программ, различных учреждений и специальных исследований	Расходы на нужды здравоохранения, на жилищные и коммунальные услуги, расходы на лечение телесных повреждений от актов насилия, на пользование услугами здравоохранения
Политическая информация	Данные правительственных или законодательных учреждений	Законодательство, политика и практика работы организаций и учреждений

Прочие виды информации

Данные о смертности — это только один из видов информации, необходимой для описания масштабов проблемы насилия. Поскольку случаи насилия чаще всего не имеют смертельного исхода и поскольку некоторые виды насилия не представлены полностью в статистике смертности, возникает необходимость в иных видах информации. Такая информация поможет понять обстоятельства, в которых произошел конкретный инцидент, и в полном объеме описать влияние насилия на здоровье отдельных лиц и общин. Эти виды информации включают в себя следующие:

- медицинская информация о заболеваниях, телесных повреждениях и о других характеристиках здоровья;
- информация со слов опрошиваемых о взглядах, верованиях, поведении, культурных традициях и об опасности подвергнуться насилию;
- информация из общин, характе-

- ризиующая население, уровень его дохода, образования и безработицы;
- информация от правоохранительных органов о характере и обстоятельствах совершения актов насилия и о преступниках;
- экономическая информация, касающаяся затрат на лечение жертв насилия и на оказание им социальных услуг;
- информация об экономическом бремени, падающем на систему здравоохранения, и о возможной экономии средств за счет успешного предотвращения насилия;
- информация о мероприятиях политического характера и законодательных актах.

Источники информации

Потенциальными источниками информации могут быть:

- отдельные лица;
- различные организации и учреждения;
- местные программы;
- общины и государственные учреждения;
- национальные и общинные обследования населения;
- специальные исследования.

Такая базовая демографическая информация, как возраст и пол человека, хотя она и не упомянута в таблице 1.1, содержится во всех указанных источниках. Некоторые источники, в том числе записи в медицинских учреждениях и в полиции, свидетельства о смерти и отчеты моргов, содержат в себе информацию, характеризующую акты насилия или нанесенные телесные повреждения. В сведениях из отделений скорой медицинской помощи, например, может говориться о характере телесного повреждения и о том, когда и где произошел данный инцидент. Полицейские органы могут располагать информацией о том, в каких отношениях состояли жертва и преступник, было ли при осуществлении акта насилия применено какое-либо оружие, а также о других обстоятельствах, связанных с преступлением.

Обследования населения и специальные исследования могут содержать в себе детальную информацию о жертве и преступнике, об их прошлом, взглядах, поведении и о возможной причастности к актам насилия в прошлом. Эти источники могут вскрыть и то, о чем не было сообщено полиции или иным органам. Например, обследо-

вание семей в ЮАР показало, что от 50 до 80% жертв насилия получили медицинскую помощь, однако полиция не была поставлена в известность о факте насилия (6). Согласно другому исследованию, проведенному в США, 46% жертв, обратившихся за помощью в отделения скорой медицинской помощи, не уведомили о случившемся полицию (7).

Трудности со сбором информации

Качество и полезность источников информации о насилии значительно различаются внутри страны и между странами. Разные страны мира располагают разными возможностями по сбору данных.

Наличие информации

Доступнее всего данные об уровне смертности, так как их сбору всегда уделяется большое внимание. Многие страны ведут текущий учет рождаемости и смертности, а также хранят информацию об убийствах и самоубийствах. И все же расчет показателей на основе этих базовых данных не всегда возможен, поскольку информация обо всем населении либо отсутствует, либо ненадежна. Это особенно верно в тех случаях, когда население страны подвижно — например, люди уезжают из мест, где происходят вооруженные конфликты — или с трудом поддается учету, например в перенаселенных или очень удаленных районах.

Систематический сбор данных о происшествиях, не имевших летального исхода, отсутствует в большинстве стран мира, хотя в последнее время такие системы появляются. Недавно было опубликовано несколько документов, разъясняющих, как измерять уровень различных видов насилия в ряде мест (8–14).

Качество информации

Даже тогда, когда информация имеется, ее качество может не удовлетворять целям исследований и разработке мер по предотвращению насилия. Организации и учреждения хранят информацию для своих внутренних нужд, следуя своей методике регистрации, поэтому такая информация может оказаться неполной или недостаточной для того, чтобы понять природу актов насилия.

Например, медицинские учреждения делают записи, чтобы обеспечить наилучшее обслуживание пациента. Поэтому в этих записях будет ин-

формация о диагнозе, о назначенном курсе лечения, но может не быть информации об обстоятельствах самого инцидента. Медицинские записи могут носить конфиденциальный характер и, таким образом, быть недоступны для исследовательских целей. Обследования населения содержат более детальную информацию о человеке, его биографии и вовлеченности в акты насилия. Однако и им свойственна известная ограниченность, которая зависит от того, что именно может вспомнить тот или иной человек об имевшем место событии и насколько он готов признать свое участие в этом событии; эти ограничения зависят от того, в какой форме задавались вопросы и кто их задавал, а также от того, когда, где и сколь качественно был проведен опрос.

Другие проблемы

Сопоставление информации, полученной из разных источников — одна из самых трудных проблем в исследовании насилия. Обычно информация о насилии поступает из целого ряда организаций, которые не зависят друг от друга. Информация медицинских экспертов и следователей обычно не связана с информацией, собранной полицией. Как правило, отсутствует единообразие в методах сбора, что делает крайне затруднительным сопоставление информации, полученной в разных общинах и странах.

Следует назвать также и другие проблемы, касающиеся

сбора данных о насилии, хотя они уже выходят за рамки нашей темы, а именно:

- сложности в разработке мер, которые точно соответствовали бы характеру групп населения и культурной среде их существования (8, 9, 11, 14);
- разработка протоколов, защищающих конфиденциальность жертв насилия и обеспечивающих их безопасность (15);
- ряд иных этических соображений, связанных с исследованием насилия.

Обзор имеющихся знаний по проблеме насилия

Предотвращение насилия, в соответствии с подходом к этой проблеме в системе здравоохранения, начинается с описания масштаба проблемы и ее последствий. В данной главе описывается то, что известно к настоящему времени о моделях насилия во всем мире. При этом используется информация ВОЗ (World Health Organization's mortality database; Version 1 of the World Health Organization's Global Burden of Disease project for 2000), а также данные обследований населения и специальных исследований насилия.

Оценка уровня смертности

В 2000 г. 1,6 млн человек в мире погибли в результате покушений на свою жизнь и здоровье, а также в результате межличностных и коллективных форм насилия, что дает общую стандартизированную по возрасту цифру 28,8 случаев на 100 000 человек (см. табл. 1.2). Большинство этих смертных случаев произошло в странах с низким и средним уровнем дохода. На долю стран с высоким уровнем дохода приходится менее 10% всех смертей в результате актов насилия.

Около половины из этих 1,6 млн смертей — самоубийства, почти треть — убийства и пятая часть связана с войнами.

Уровень смертности в зависимости от пола и возраста

Как и многие другие проблемы со здоровьем в мире, насилие распространено неравномерно среди половозрастных групп. В 2000 г. согласно оценкам произошло около 520 000 убийств, что дает общий стандартизированный показатель, равный 8,8 случаев на 100 000 человек (см. табл. 1.2). На мужское население приходится примерно 77% всех случаев

ТАБЛИЦА 1.2

Общее число смертных случаев в мире в результате насилия в 2000 г., по оценке ВОЗ

Вид насилия	Число смертей ^a	Число смертей на 100 000 человек ^b	Доля в общем количестве смертей (%)
Убийства	520 000	8,8	31,3
Самоубийства	815 000	14,5	49,1
Погибшие на войне	310 000	5,2	18,6
Всего ^c	1 659 000	28,8	100,0
Страны с низким и средним уровнем доходов	1 510 000	32,1	91,1
Страны с высоким уровнем доходов	419 000	14,4	8,9

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1 (см. Статистическое приложение).

^a Цифры округлены до 1000.

^b Стандартизировано по возрасту.

^c В том числе 14 000 смертей от преднамеренного нанесения телесных повреждений в результате вмешательства представителей закона.

убийств, и это более чем втрое превосходит показатель убийств для женского населения (13,6 случаев для мужчин и 4,0 для женщин на 100 000 человек) (см. табл. 1.3). Самый высокий уровень убийств в мире зарегистрирован среди мужчин в возрасте от 15 до 29 лет (19,4 случая на 100 000 человек), затем идут мужчины в возрасте от 30 до 44 лет (18,7 случая на 100 000 человек).

В 2000 г. самоубийства унесли жизни приблизительно 815 000 человек во всем мире, что дает показатель, равный 14,5 случаев на 100 000 человек (см. табл. 1.2). Свыше 60% всех самоубийств отмечено у мужчин, причем примерно половина этой цифры приходится на мужчин от 15 до 44 лет. Как среди мужчин, так и среди женщин с возрастом уровень самоубийств увеличивается, и самые высокие показатели отмечены у лиц 60 лет и старше (см. табл. 1.3). Однако общий уровень самоубийств среди мужчин выше, чем среди женщин (18,9 случаев у мужчин против 10,6 у женщин). Это особенно справедливо в отношении самых старших возрастных групп: во всем мире уровень самоубийств среди мужчин 60 лет и старше в два раза выше, чем среди женщин той же возрастной группы (44,9 случаев на 100 000 человек против 22,1).

Уровень смертности в зависимости от уровня доходов в стране и от региона

Количество насильственных смертей зависит от среднего уровня доходов в стране. В 2000 г. уровень смертности в результате насилия в странах с низким и средним доходом составил 32,1 случая на 100 000 человек, то есть был более чем в два раза выше, чем в странах с высоким доходом (14,4 случая на 100 000 человек) (см. табл. 1.2).

Отмечаются, кроме того, значительные региональные различия в показателях смертности в результате насилия. Они очевидны, например, для регионов ВОЗ (см. рис. 1.2). В Африке и в Северной и Южной Америке уровень убийств почти в три раза выше уровня самоубийств. В Европе и в Юго-Восточной Азии, наоборот, самоубийств совершается почти в три раза больше, чем убийств (19,1 случаев на 100 000 человек против 8,4 в Европе и 12,0 против 5,8 в Юго-Восточной Азии), а в Западно-Тихоокеанском регионе уровень самоубийств почти в шесть раз выше уровня убийств (20,8 случаев на 100 000 человек против 3,4).

ТАБЛИЦА 1.3

Уровень убийств и самоубийств в 2000 г. по половозрастным группам, оценка ВОЗ

Возрастная группа (в годах)	Убийства (на 100 000 человек)		Самоубийства (на 100 000 человек)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0–4	5,8	4,8	0,0	0,0
5–14	2,1	2,0	1,7	2,0
15–29	19,4	4,4	15,6	12,2
30–44	18,7	4,3	21,5	12,4
45–59	14,8	4,5	28,4	12,6
60 и старше	13,0	4,5	44,9	22,1
Всего ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1. (см. Статистическое приложение).

^a Данные стандартизированы по возрасту.

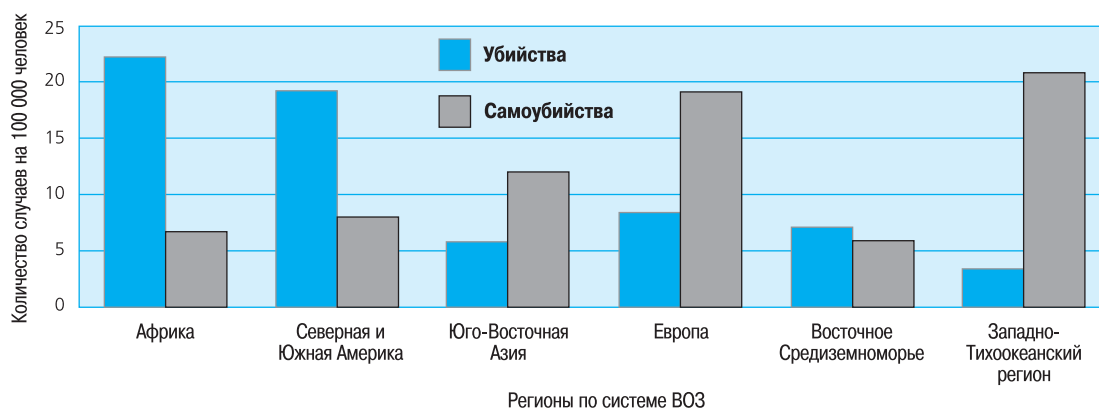
Имеются также значительные различия между этими показателями в разных странах внутри регионов мира. Например, в 1994 г. уровень убийств среди мужчин в Колумбии составил 146,5 случаев на 100 000 человек, тогда как соответствующие показатели для Кубы и Мексики равнялись 12,6 и 32,3 (16). Большие различия отмечаются и внутри стран, например между городским и сельским населением, между богатыми и бедными и между этническими группами. Так, в 1999 г. в США среди афро-американской молодежи в возрасте от 15 до 24 лет уровень убийств (38,6 случаев на 100 000 человек) был более чем в два раза выше, чем у испаноязычных молодых людей того же возраста (17,3 на 100 000), и более чем в 12 раз выше, чем у их белых, не испаноязычных сверстников (17).

Оценка насилия, не закончившегося смертельным исходом

Приведенные выше цифры смертности почти наверняка меньше истинного числа всех пострадавших от насилия. Во всех частях света случаи смерти представляют собою лишь «верхушку айсберга» в том, что касается последствий насилия. Физические и сексуальные нападения происходят ежедневно, однако точные оценки таких инцидентов на национальном и международном уровнях отсутствуют. Далекое не все случаи применения силы заканчиваются достаточно серьезными телесными повреждениями, требующими медицинской помощи, но даже и в этих случаях во многих странах система сбора и хранения информации отсутствует или только разрабатывается.

РИСУНОК 1.2

Уровень убийств и самоубийств в регионах мира по системе ВОЗ в 2000 г.



Многое из того, что известно о насилии с смертельным исходом, поступает из обследований и специальных исследований различных групп населения. Например, по данным национальных обследований, доля женщин, которые сообщили, что когда-либо были объектом физического насилия со стороны партнера, колеблется от 10% в Парагвае и на Филиппинах до 22,1% в США, 29,0% в Канаде и 34,4% в Египте (18–21). Доля женщин из разных городов и районов стран мира, которые сообщили о том, что на них было совершено сексуальное нападение (или о его попытках), колеблется от 15,3% в Торонто (Канада) до 21,3% в Леоне (Никарагуа), 23,0% в Лондоне (Великобритания) и 25,0% в одной из провинций Зимбабве (21–25). В прошлом году процент школьников-подростков мужского пола, принимавших участие в драках, колебался от 22,0 в Швеции и 44,0 в США до 76,0 в Иерусалиме (Израиль) (26–28).

Важно, что эта информация основывается преимущественно на сведениях, полученных от самих участников таких актов. При этом трудно понять, завышаются или занижаются истинные масштабы физических и сексуальных нападений, происходящих в обследованных группах населения. Разумеется, в тех странах, где действуют жесткие культурные нормы, согласно которым случаи насилия прячутся «за закрытыми дверями» или же рассматриваются как «естественные», сведения о таких случаях с несмертельным исходом скорее всего будут заниженными. Жертвы насилия будут отказываться обсуждать случившееся с ними, не только стыдясь таких фактов и не только из-за установ-

ленных табу, но и из чувства страха. Признание жертвы в том, что произошло, например, изнасилование, в некоторых странах может привести к ее смерти. В ряде культур сохранение семейной чести является традиционным поводом для предания смерти женщин, которые подверглись изнасилованию (так называемые «убийства ради сохранения чести»).

Ущерб, причиняемый актами насилия

Вследствие совершаемых актов насилия государства несут как людские, так и экономические потери; ежегодно ущерб, наносимый экономике стран мира насилием, исчисляется многими миллиардами долларов США. Он заключается в расходах на медицинские услуги, в судебных издержках, выходах на работу и в падении продуктивности производства. Исследование, проведенное в 1992 г. в США, оценило ежегодный размер прямого и косвенного ущерба от огнестрельных ранений в 126 млрд долл. США. Ножевые ранения добавляют к этой сумме еще 51 млрд долл. США (29). А исследование, проведенное в 1996 г. в канадской провинции Нью-Брансуик, показало, что ежегодный совокупный объем ущерба вследствие самоубийств превышает 849 000 долл. США. Общий объем прямых и косвенных расходов, включая стоимость оказанных медицинских услуг, расходы на вскрытие тел, на полицейские расследования и производственные потери вследствие преждевременной смерти, составил 80 млрд долл. США (30).

Такой большой ущерб, наносимый актами насилия, характерен не только для Канады или США.

В 1996 и 1997 г. Межамериканский банк развития финансировал исследования экономических последствий насилия в шести странах Латинской Америки (31). Каждое из этих исследований проанализировало расходы, связанные с насилием, в том числе расходы на медицинскую помощь, на содержание правоохранительных органов, судебные издержки, а также нематериальный ущерб и ущерб от передачи имущества. В процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) 1997 г. этот ущерб составил 1,9 в Бразилии, 5,0 в Колумбии, 4,3 в Сальвадоре, 1,3 в Мексике, 1,5 в Перу и 0,3 в Венесуэле.

Трудно подсчитать точный объем ущерба, наносимого системе здравоохранения всеми формами насилия, или их воздействие на экономическую продуктивность в мире. Имеющаяся информация показывает, что у жертв бытовых и сексуальных форм насилия имеется больше проблем со здоровьем, что они тратят значительно больше денег на медицинские услуги и что они в течение своей жизни чаще обращаются в отделения скорой помощи, чем те, кто не подвергался насилию (см. гл. 4 и 6). Это справедливо и в отношении детей – жертв жестокого обращения и отсутствия заботы (см. гл. 3). Такого рода ущерб существенно влияет на объем расходов системы здравоохранения.

Исследования, проведенные в небольших масштабах (32–37), показывают, что в результате насилия возникают такие проблемы со здоровьем, как депрессия, курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, нежелательная беременность, вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), другие заболевания, передающиеся половым путем, и прочие инфекции. Однако оценка совокупного объема экономического ущерба, который эти проблемы причиняют людям и государствам, отсутствует, поэтому пока нет возможности подсчитать и ущерб от них в той мере, в какой он относится к насилию.

Исследование корней насилия: экологическая модель

Ни один фактор по отдельности не способен объяснить, почему один человек ведет себя агрессивно, а

другой — нет, или почему в одних районах совершается больше актов насилия, чем в других. Насилие — это результат сложного взаимодействия индивидуальных, групповых, социальных, культурных факторов и факторов среды. Осмысление того, как эти факторы связаны с насилием — это важный шаг, который делает система здравоохранения для предотвращения насилия.

Многоуровневый подход

Настоящий доклад использует экологическую модель, которая помогает лучше понять многогранную природу насилия. Впервые эта модель была использована в конце 1970-х годов (38, 39) для изучения жестокого обращения с детьми (38), а затем для исследования насилия в молодежной среде (40, 41). В последние годы ученые применяли ее для осмысления насилия в отношении партнера (42, 43) и жестокого обращения с пожилыми людьми (44, 45). Данная модель исследует взаимосвязи между индивидуальными и контекстуальными факторами и рассматривает насилие как продукт множества факторов, влияющих на поведение человека (см. рис. 1.3).

Личность

Первый уровень экологической модели направлен на выявление биологических факторов и факторов личной биографии, которые влияют на поведение человека. Кроме того, здесь рассматриваются и такие факторы, как импульсивность, низкий уровень образования, злоупотребление веществами, а также отмечавшиеся у человека в прошлом агрессивное поведение и жестокость. Иначе говоря, на этом уровне основное внимание обращается на такие черты личности, которые увеличивают вероятность того, что она станет либо жертвой насилия, либо его виновником.

РИСУНОК 1.3

Экологическая модель интерпретации насилия



Взаимоотношения

Второй уровень модели исследует то, как социальные связи и отношения, например отношения со сверстниками, с партнерами или членами семьи, увеличивают риск стать потенциальной жертвой насилия совершить акт насилия. Например, постоянные контакты или проживание в одной квартире могут увеличивать возможность совершения насильственных действий по отношению к партнеру и дурного обращения с детьми. Поскольку люди в этом случае постоянно связаны друг с другом, вполне вероятно, что жертва будет многократно подвергаться жестокому обращению (46). Что касается молодежного насилия, то исследования показывают, что молодые люди с большей вероятностью склоняются к плохому поведению, если оно находит поддержку у их друзей (47, 48). Сверстники, партнеры и члены семьи имеют возможность сформировать нормы поведения для членов данной группы и передавать им свой опыт.

Община

Третий уровень экологической модели исследует окружение человека, в котором он вступает в социальные отношения: школа, место работы и жительства. Он пытается определить, какие характеристики этих мест ведут к тому, что человек становится жертвой или виновником насилия. Высокий уровень мобильности населения (когда люди не остаются надолго в одном месте, но постоянно меняют места жительства), его гетерогенность (т.е. исключительное разнообразие характеристик, когда общине недостает социального «клея», который объединял бы ее) и высокая плотность являются примерами характеристик, которые имеют связь с насилием. Общины, для которых характерны торговля наркотиками, высокий уровень безработицы и большая социальная изоляция (когда люди не знакомы со своими соседями или не участвуют в жизни общины), также имеют большую вероятность жить в обстановке насилия. Исследования насилия показывают, что риск проявления насилия больше в некоторых общинах, например в бедных районах, в районах с пришедшим в негодность жильем (трущобах), там, где мало учреждений или они работают неудовлетворительно.

Общество

Четвертый и последний уровень экологической модели исследует важнейшие социальные факто-

ры, которые оказывают влияние на уровень насилия. Сюда относятся факторы, которые создают благоприятный для проявления насилия климат, уменьшают запреты на проявление насилия, создают и поддерживают неравенство между сегментами общества либо напряженные отношения между группами населения или странами. В состав важнейших социальных факторов входят:

- культурные нормы, которые считают насилие приемлемым способом разрешения конфликтов;
- отношение к самоубийству как к вопросу индивидуального выбора, а не как к акту насилия, который можно предотвратить;
- нормы, которые ставят права родителей выше благополучия детей;
- нормы, которые утверждают власть мужчин над женщинами и детьми;
- нормы, которые допускают использование полицией силы против граждан;
- нормы, которые поддерживают политические конфликты.

Важным социальным фактором является также такая политика в области здравоохранения, образования, экономики и социальных отношений, которая поддерживает высокий уровень экономического и социального неравенства между различными группами общества (см. вставку 1.2).

Экологическая модель показывает, что есть множество причин насилия, а также факторов риска, которые действуют внутри семьи, общины, социального, культурного и экономического пространства. Если применить эту модель к процессу развития человека, то можно увидеть, как на разных этапах жизни разные факторы влияют на возникновение насилия.

Комплексные связи между факторами риска

В то время как некоторые факторы риска характерны только для одного вида насилия, есть и виды насилия с общими факторами риска. Господствующие в обществе культурные нормы, бедность, социальная изоляция, злоупотребление алкоголем и веществами, а также доступность огнестрельного оружия не могут рассматриваться как факторы риска только для одного какого-либо вида насилия. Отнюдь не редки случаи, когда индивид подвергается сразу нескольким видам насилия. Например, женщины, которым угрожает физичес-

ВСТАВКА 1.2**Значение глобализации для предотвращения насилия**

Благодаря быстрому обмену информацией и идеями, движению товаров и услуг глобализация размывает функциональные и политические границы, которые всегда разделяли людей на граждан суверенных государств. С одной стороны, это явление привело к расширению мировой торговли и увеличению спроса на производство, создавая миллионы новых рабочих мест и повышая жизненный уровень в некоторых странах до такого уровня, который раньше был просто немыслим. С другой стороны, последствия глобализации очень неравномерны и противоречивы. В некоторых странах глобализация приводит к возрастанию неравенства и способствует разрушению социальных связей, которые раньше защищали человека от межличностных форм насилия.

Пользу и вред, которые несет в себе глобализация с точки зрения ее влияния на предотвращение насилия, можно суммировать следующим образом.

Положительные последствия

Огромное увеличение обмена информацией в результате глобализации привело к тому, что были созданы новые международные сети и связи, которые могут увеличить объем и улучшить качество информации о насилии. Там, где глобализация способствовала росту жизненного уровня людей и уменьшению неравенства между ними, имеется больше возможностей для осуществления экономических программ, направленных на уменьшение напряжений и конфликтов — как внутри стран, так и между странами. Более того, глобализация создает новые возможности для:

- проведения исследований по насилию — особенно это касается факторов социального, экономического и политического характера, которые легко проникают через государственные границы всех стран;
- стимулирования мероприятий по предотвращению насилия на региональном и глобальном уровнях;
- принятия международных законодательных актов и договоров, направленных на уменьшение насилия;
- поддержания усилий, направленных на предотвращение насилия внутри стран, особенно там, где недостает собственных сил и средств на проведение таких мероприятий.

Отрицательные последствия

В тех обществах, в которых отмечаются большие масштабы неравенства и в которых в результате глобализации увеличивается разрыв между бедными и богатыми, может возрасть количество межличностных актов насилия. Быстрые социальные преобразования под жестким давлением со стороны мирового сообщества — которые имели место, например, в странах бывшего Советского Союза — могут снять социальный контроль над поведением людей и создать условия для роста насилия. Кроме того, устранение препятствий для развития рыночных отношений и увеличившееся в результате глобализации стремление к прибыли могут вести к более свободному доступу к алкоголю, наркотикам и огнестрельному оружию, невзирая на все попытки уменьшить их использование в инцидентах с применением силы.

Необходимость ответа на глобализацию

Насилие больше не может быть внутренним делом одной страны, оно должно стать объектом жесткой политики на глобальном уровне, которую должны осуществлять объединения стран, международные учреждения и организации и международные сети правительственных и неправительственных организаций. Международные мероприятия такого рода должны быть нацелены на то, чтобы использовать выгоды глобализации и одновременно ограничивать ее негативные аспекты.

кая расправа со стороны партнера обычно подвергаются также риску сексуального насилия (18).

Также не редкость обнаружить тесную связь не только между факторами риска, но и между различными видами насилия. Исследования показывают, что насилие, испытанное в родительском доме, имеет связь с тем, что данное лицо становится жертвой или виновником насилия в подростковом или зрелом возрасте (49). Когда родители отвергают своих детей, не заботятся о них и не оказывают им помощи, такое отношение с большей вероятностью приводит к тому, что они будут вести себя агрессивно и антисоциально, в том числе проявлять жестокость в зрелые годы (50–52). Были установлены также связи между суицидальным поведением и некоторыми видами насилия, включая плохое обращение с детьми (53, 54), насилие по отношению к партнеру (33, 55), изнасилования (53) и жестокое обращение с пожилыми (56, 57). Так, в Шри-Ланке уровень самоубийств имел тенденцию к снижению в период военных действий, но затем, после завершения конфликта, снова вырос (58). Во многих странах, которые пережили конфликты с применением силы, уровень межличностного насилия продолжает оставаться высоким и после окончания военных действий — в том числе и потому, что насилие стало рассматриваться как социально приемлемое явление и вследствие доступности оружия.

Связи между видами насилия и взаимодействие отдельных факторов с более широким социальным, культурным и экономическим контекстом говорят о том, что, воздействуя на факторы риска на разных уровнях экологической модели, можно снизить сразу несколько видов насилия.

Как можно предотвратить насилие?

Первые два шага системы здравоохранения в борьбе с насилием — это сбор информации о группах населения, в отношении которых требуется осуществление превентивных мероприятий, а также получение информации о факторах риска и о защитных факторах, на которые следует обратить особое внимание. Перевод полученных знаний в практические дела составляет центральную задачу системы здравоохранения.

Виды мероприятий превентивного характера

Традиционно выделяются три уровня предотвращения насилия.

- Первичный уровень — собственно предупреждение насилия.
- Вторичный уровень фокусируется на неотложной реакции на уже свершившийся факт насилия; это оказание медицинской помощи до помещения пациента в стационар, работа службы скорой помощи или лечение заболеваний, передающихся половым путем, после изнасилования.
- Третичный уровень — это оказание разнообразных форм медицинской помощи в течение длительного времени для ликвидации последствий насилия, в том числе реабилитация, реинтеграция, попытки уменьшить воздействие травмы на индивида или сократить период его нетрудоспособности.

Эти три уровня предотвращения насилия различаются временным аспектом, т. е. меры осуществляются до совершения акта насилия, сразу после него или же в течение длительного времени после него. Хотя мероприятия на всех трех уровнях традиционно адресованы жертвам насилия и осуществляются в медицинских учреждениях, вторичные и третичные меры (после совершения насилия) могут разрабатываться и для преступников и применяться в юридических учреждениях.

Исследователи все чаще обращают внимание на такие превентивные меры, которые адресованы целевым группам населения. Среди этих мер следующие (59).

- Универсальный подход, направленный на отдельные группы населения или на все население, без выделения специальных групп риска; в качестве примера можно назвать анкеты по проблеме насилия, которые заполняют все школьники или дети определенного возраста, либо проведение кампаний на территории района.
- Избирательные вмешательства, нацеленные на тех, кто рассматривается как возможный объект насилия (на них воздействуют один или несколько факторов риска); в качестве примера такого вмешательства можно назвать тренинги для одиноких родителей или родителей с низким доходом.
- Индикативные вмешательства, нацеленные на тех, кто уже совершал акты насилия; это, например, борьба с виновниками насилия в семье.

Как в промышленно развитых, так и в развивающихся странах приоритет до настоящего времени отдавался вторичному и третичному уровням борьбы с насилием, т. е. оказанию помощи жертвам и наказанию преступников. Хотя такая работа важна и должна проводиться по-прежнему, все же есть потребность и в более существенном внимании к первичным мерам, то есть к мерам по недопущению самого факта насилия. В качестве комплексного подхода к борьбе с насилием можно рассматривать такой, который нацелен не только на помощь жертвам насилия, но и на установление мирных, ненасильственных условий существования, сокращение масштабов насильственных действий и в первую очередь на изменение обстоятельств и условий, которые ведут к росту насилия.

Многосторонний подход

Поскольку насилие — это многогранная проблема, в которой сочетаются элементы биологического, психологического, социального и экологического характера, то к борьбе с ним следует подходить одновременно с нескольких сторон или уровней. И в этом плане упомянутая экологическая модель способна служить одновременно двум целям: каждый ее уровень представляет уровень риска, но его можно также рассматривать в качестве ключевого пункта реакции на насилие.

Борьба с насилием на различных уровнях включает в себя следующие задачи.

- Определение индивидуальных факторов риска и принятие мер, изменяющих поведение личности.
- Воздействие на межличностные отношения и создание здоровой обстановки в семье, в том числе предоставление профессиональной помощи «трудным» семьям.
- Наблюдение за общественными местами — школами, местами работы и проживания людей и при необходимости решение возникающих там проблем.
- Борьба с гендерным неравенством и вредными взглядами и обычаями.
- Обращение к культурным, социальным и экономическим факторам, которые содействуют насилию и принятие мер по их изменению, в том числе уменьшение пропасти между бедными и богатыми и обеспечение равного доступа к товарам, услугам и возможностям.

Оценка эффективности мероприятий

Общее основополагающее правило в подходе здравоохранения к проблеме насилия — это тщательное изучение и оценка всех предпринимаемых усилий, независимо от их масштаба. Учет уже проделанной работы и строгая научная оценка мероприятий, проведенных в местах проживания, учебы или работы людей, весьма ценны для всех участников. Эта практика особенно необходима тем, кто изыскивает наиболее эффективные меры борьбы против насилия.

Обобщение всей имеющейся информации и опыта работы также в высшей степени полезно для оказания помощи жертвам насилия, поскольку благодаря этому власти понимают, что в данной ситуации можно что-то сделать. И, что еще важнее, такая информация поможет выбрать именно те меры, которые скорее всего приведут к уменьшению насилия.

Сбалансированность мероприятий системы здравоохранения

Строгие научные исследования дают ощутимые результаты лишь по прошествии какого-то времени. И хотя лучше опираться только на то, что проверено на практике, все же можно применять и новые подходы, даже если они требуют дальнейших проверок в различных местах жизнедеятельности людей и среди различных групп населения.

Вполне разумно также опробовать несколько вариантов программ, используя для их реализации инициативу на местах. Насилие — это слишком острая проблема, чтобы можно было повременить с борьбой против него до получения ответов на все сложные и трудные вопросы.

Воздействие на культурные нормы и традиции

В некоторых странах культурное своеобразие и культурные традиции иногда используются в качестве оправдания социальной практики, в которой используются элементы насилия. Угнетение женщины — один из наиболее распространенных примеров таких традиций, хотя можно привести и ряд других.

Осуществляя мероприятия по предупреждению насилия, следует с уважением относиться к господствующим в данном обществе культурным нормам, потому что многие люди являются их

горячими сторонниками и, кроме того, культура нередко является способом защитить себя от насилия. Опыт показывает, что при разработке и реализации программ важно проводить постоянные консультации с религиозными и традиционными лидерами, представителями профессиональных групп и другими заметными фигурами общины, например врачами, использующими традиционные методы лечения.

Противодействие насилию на всех уровнях

Долгосрочный успех в предупреждении насилия зависит от комплексного подхода к этой проблеме на всех уровнях.

Местный уровень

На местном уровне участниками программ могут быть учреждения системы здравоохранения, полиция, социальные работники, работодатели и представители правительства. Здесь можно достичь многого в деле предупреждения насилия. В небольших экспериментальных программах и исследовательских проектах можно опробовать новые способы борьбы с насилием; кроме того, они способствуют постоянной совместной работе представителей различных организаций. Комиссии и рабочие группы, которые объединяют работников различных сфер и помогают поддерживать официальные и неофициальные контакты — весьма существенный элемент такого сотрудничества.

Национальный уровень

Межотраслевое сотрудничество в высшей степени желательно не только на местном, но и на национальном уровне. Целый ряд министерств (и не только те, которые занимаются охраной правопорядка, социальными услугами и медицинским обслуживанием) могут сделать многое для предотвращения насилия. Министерство просвещения — очевидный участник этого дела, учитывая важность такой работы в школах. Министерство труда может сделать многое для снижения насилия на производстве, особенно в сотрудничестве с профсоюзами и работодателями (см. вставку 1.3). Министерство обороны может влиять на формирование негативного отношения к насилию в больших группах молодежи, находящихся под его контролем, поддерживая во-

инскую дисциплину, разрабатывая кодексы чести и подчеркивая большую потенциальную опасность оружия. Религиозные лидеры и организации играют свою специфическую роль, работая с прихожанами, и, когда это необходимо, могут предлагать посредничество в разрешении конкретных проблем.

Глобальный уровень

Сотрудничество и обмен информацией на глобальном уровне способны произвести большой положительный эффект — такой же, что и сотрудничество на национальном и местном уровнях. Примеры этого — международная борьба со СПИДом и оказание помощи в чрезвычайных ситуациях. Разумеется, Всемирная организация здравоохранения в этой ситуации играет важную глобальную роль как орган ООН, отвечающий за вопросы здравоохранения. Но и другие международные организации также способны сделать достаточно много — каждая в своей области. Среди этих организаций Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Управление Верховного комиссара ООН по правам беженцев, Детский фонд ООН, Фонд ООН для развития в интересах женщин, Фонд ООН по населению, Программа развития ООН, Исследовательский институт ООН по вопросам межрегиональной преступности и права, Всемирный банк — и это еще далеко не все. Целый ряд международных организаций-доноров, двусторонних программ, неправительственных и религиозных организаций уже работают над предупреждением насилия во всем мире.

Проблемы, с которыми сталкивается руководство стран мира

Если насилие можно предотвратить, то возникает вопрос: почему же до сих пор прилагается недостаточно усилий для этого, особенно на национальном и местном уровнях?

Главное препятствие здесь — это нехватка знаний и неправильное понимание вопроса. Многим политикам идея о том, что насилие — это проблема здравоохранения, кажется совершенно неожиданной; в их представлении это прежде всего сфера деятельности правоохранительных органов. Особенно мало внимания уделяют они незаметным формам насилия, таким как жесто-

кое обращение с детьми, женщинами и пожилыми. Возможность предотвращения насилия также вызывает сомнения у лидеров многих стран. Для многих из тех, кто стоит у кормила правления, общество, свободное от насилия — это всего лишь мечта; более реалистичной задачей представляется им достижение «приемлемого» уровня насилия, особенно в том районе, где живут они сами. Другие же думают прямо наоборот: поскольку акты насилия происходят редко и далеко (а о большей части их они вообще не знают), то им кажется, что всюду царят мир и безопасность. Пока небо не заволакивает смог, они считают, что воздух чистый. Точно так же и насилием, по их мнению, надо заниматься только тогда, когда оно становится слишком заметным. И нет ничего удивительного в том, что самые оригинальные решения обычно приходят из общин и муниципалитетов, то есть оттуда, где с проблемой насилия сталкиваются практически ежедневно.

Второе препятствие связано с действенностью политических программ борьбы с насилием. К настоящему времени лишь немногие лидеры стран смогли убедиться, что некоторые виды насилия можно предотвратить. Остальные полагают, что единственный способ борьбы с насилием, который «работает» — это традиционный подход правоохранительных органов. Такой взгляд на проблему не признает наличия множества видов насилия в обществе. Он сконцентрирован на очевидных формах насилия — прежде всего, на насилии в молодежной среде — и совершенно упускает из виду насилие в отношении партнера и жестокое обращение с детьми и пожилыми, а именно здесь правоохранительная система задействована меньше всего и менее всего эффективна.

Третья проблема — это решимость и твердость. Насилие — это очень «деликатный» вопрос, и многие страны избегают действий, которые вступают в противоречие с устоявшимися взглядами или практикой. Может потребоваться недюжинная политическая решимость, чтобы попытаться внедрить новые подходы в области политики и общественной безопасности.

В решении этих трех проблем велика роль работников системы здравоохранения, учебных заведений, неправительственных и международных организаций. Они могут помочь правительствам понять, что следует предпринять, и помочь

им действовать более решительно. Частью их работы является помощь жертвам насилия, просвещение населения и предоставление научно-обоснованной информации. Другая часть — партнерство или консультирование при разработке политики и осуществлении мер на практике.

Заключение

Система здравоохранения призвана обеспечить здоровье и благополучие всего населения, безопасную и здоровую жизнь в общинах во всем мире. Насилие представляет собой наибольшую угрозу благополучию людей. Главным приоритетом сегодня становится привлечение всех секторов общества (на глобальном, национальном и общинном уровне) к согласованной работе по достижению этой цели. Работники здравоохранения могут сделать многое для принятия национальных планов в области предотвращения насилия, сотрудничая с различными ведомствами и обеспечивая правильное распределение средств, предназначенных для этих целей.

Хотя система здравоохранения не должна брать на себя руководство всей работой по предупреждению насилия и по борьбе с ним (она и не может осуществить всю эту работу), все же ее роль велика. Информация, которой располагают медицинские и другие учреждения, четкое понимание проблемы благодаря научному подходу к ней и желание найти эффективные способы ее решения являются весомым ответом системы здравоохранения на глобальную проблему насилия.

Библиография:

1. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, NY, Academic Press, 1964:231–276.
4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146–1158.
5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.

ВСТАВКА 1.3**Комплексный подход к предотвращению насилия на рабочих местах**

Насилие на работе приносит множество смертей и телесных повреждений повсюду в мире. В США по официальным статистическим данным убийство является второй по значению причиной смерти на рабочем месте (после дорожных аварий) для мужчин и первой — для женщин. В Европейском Союзе примерно 3 млн работников (2% от общей численности работающих) подвергались физическому насилию на работе. Исследования, проведенные среди работниц, приехавших с Филиппин, показали, что многие из них, особенно работающие в качестве домашней прислуги и в индустрии развлечений, подвергаются насилию на своих рабочих местах значительно чаще коренных жителей европейских стран.

Насилие на работе может быть не только физическим, но и психологическим. Многие работники становятся объектами хулиганских выходок, сексуальных притеснений, угроз, запугивания и иных форм психологического насилия. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что 53% служащих страдают от хулиганских выходок на работе, а 78% были свидетелями таких действий. В ЮАР враждебные отношения на работе были охарактеризованы как «невероятно частое» явление, и недавнее исследование там показало, что 78% опрошенных в то или иное время страдали от хулиганского поведения своих коллег.

Ущерб

Насилие на работе ведет к разрыву межличностных связей на краткое или долгое время, а порой и к нарушению рабочей обстановки на всем предприятии. При этом работникам и предприятию может быть причинен следующий ущерб.

- Прямой ущерб — т. е. возникновение таких ситуаций как:
 - чрезвычайные происшествия;
 - заболевания;
 - инвалидность или смерть;
 - невыходы на работу;
 - текучесть кадров.
- Косвенный ущерб, в том числе:
 - снижение производительности труда;
 - снижение качества товаров или услуг и темпов производства;
 - снижение конкурентоспособности.
- Менее ясно выраженный ущерб, в том числе:
 - ущерб престижу фирмы или учреждения;
 - снижение стимулов к работе и деморализация;
 - ухудшение отношения работников к предприятию;
 - снижение творческих способностей;
 - обстановка, неблагоприятная для работы.

Решения

Так же как в борьбе с насилием в иных сферах жизни и деятельности людей, здесь требуется применять комплексный подход. Насилие на работе — это не просто проблема отдельных предприятий, которая может возникать время от времени; это структурная проблема, с гораздо более широкими социально-экономическими, культурными и организационными причинами.

Традиционный подход к насилию на работе, основанный исключительно на требовании исполнения производственных норм и правил, не способен помочь в большинстве ситуаций, возникающих в процессе работы. Комплексный подход концентрирует внимание на причинах насилия на работе, он нацелен на то, чтобы здоровье, безопасность и благополучие работников входили в число основных задач организации.

ВСТАВКА 1.3 (продолжение)

Комплексные меры, направленные на предотвращение насилия на работе, включают:

- активное сотрудничество представителей работников и работодателей в разработке четкой политики, направленной против насилия на работе;
- принятие законов на уровне правительства и местных органов власти;
- распространение положительного опыта по предупреждению насилия на рабочих местах;
- улучшение организации работы и стиля управления;
- предоставление консультаций и помощи пострадавшим.

Данный подход прямо связывает безопасность и здоровье работников с управлением организацией и ее развитием. Поэтому он обеспечивает возможность проведения своевременных и надежных мероприятий, направленных на устранение насилия на рабочих местах.

6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: van Eeden R, Wentzel M, eds. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399–424.
7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:715–719.
8. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FCH/GWH/02.01).
9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).
10. Sethi D, Krug E, eds. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NMH/PVI/00.2).
11. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, MA, Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
14. Dahlberg LL, Toal SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. *World health statistics annual 1996*. Geneva, World Health Organization, 1998.
17. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
18. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
19. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
20. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
21. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey*, 1995. Calverton, MD, Macro International, 1996.
22. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
23. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
24. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.

25. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
26. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
27. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:1–104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
28. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
29. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
30. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 1999, 20:89–95.
31. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
32. Kaplan SJ et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:954–959.
20. WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH 33. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
34. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
35. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–325.
36. Kakar F et al. The consequences of landmines on public health. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11:41–45.
37. Toole MJ. Complex emergencies: refugee and other populations. In: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:419–442.
38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
40. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
41. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
43. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.
44. Schiamburg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol 1. Washington, DC, National Academy Press, 1993:221–245.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions* Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390–395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73–93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265–270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251–272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17–36.
54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression

- and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25:43–64.
 56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
 57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
 58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91:1–4.
 59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251–273.

ГЛАВА 2

Насилие в молодежной среде

Предварительные сведения

Насилие, совершающееся в молодежной среде, пожалуй, заметно больше всего. Пресса, радио и телевидение во всем мире ежедневно сообщают о случаях насилия, совершаемых бандами, происходящих в школах или на улицах. Причем почти всегда в таких случаях не только преступники, но и их жертвы — это подростки или молодые люди (1). Убийства или нападения, совершаемые молодежью, значительно увеличивают общее число насильственных смертей, увечий и инвалидности (1, 2).

Насилие в молодежной среде наносит вред не только самим жертвам, но и их семьям, друзьям и всей общине. Последствия насилия измеряются не только числом убийств, телесных повреждений и увечий, но и снижением качества жизни жертв. Акты насилия, в которых принимает участие молодежь, значительно увеличивают расходы на медицинские услуги и на социальную помощь, снижают производительность труда, наносят ущерб собственности, нарушают функционирование жизненно важных служб.

Проблемы насилия в молодежной среде нельзя рассматривать в отрыве от иных видов проблемного поведения. Агрессивно настроенные молодые люди, как правило, совершают не одно, а несколько видов преступлений. У них обычно бывают и другие проблемы — например, они систематически прогуливают занятия в школе или вообще бросают школу, злоупотребляют наркотиками и другими веществами, бездельничают, нарушают правила уличного движения, у них высокий уровень заболеваний, передаваемых половым путем. Однако не у всех агрессивно настроенных молодых людей есть такие проблемы, и наоборот: далеко не все молодые люди, у которых есть проблемы, обязательно настроены агрессивно (3).

Прослеживается тесная связь между насилием в молодежной среде и иными формами насилия. Дети или подростки, будучи свидетелями насилия в семье или сами подвергаясь физическому или вообще сексуальному насилию, могут начать рассматривать насилие как вполне приемлемое средство разрешения повседневных проблем (4, 5). Длительные вооруженные конфликты также могут влиять на внедрение «культуры террора» в сознание людей, что увеличивает вероятность насилия в молодежной среде (6–8). Понимание факторов, которые увели-

чивают риск того, что молодые люди станут жертвами насилия или преступниками, является центральным пунктом в разработке эффективных мер и программ по предупреждению насилия.

В настоящем докладе к молодежи относятся лица от 10 до 29 лет. Однако высокий уровень насилия имеет место и среди лиц 30–35 лет, поэтому и эту группу также следует принимать в расчет, чтобы понять проблему насилия в молодежной среде и попытаться ее разрешить.

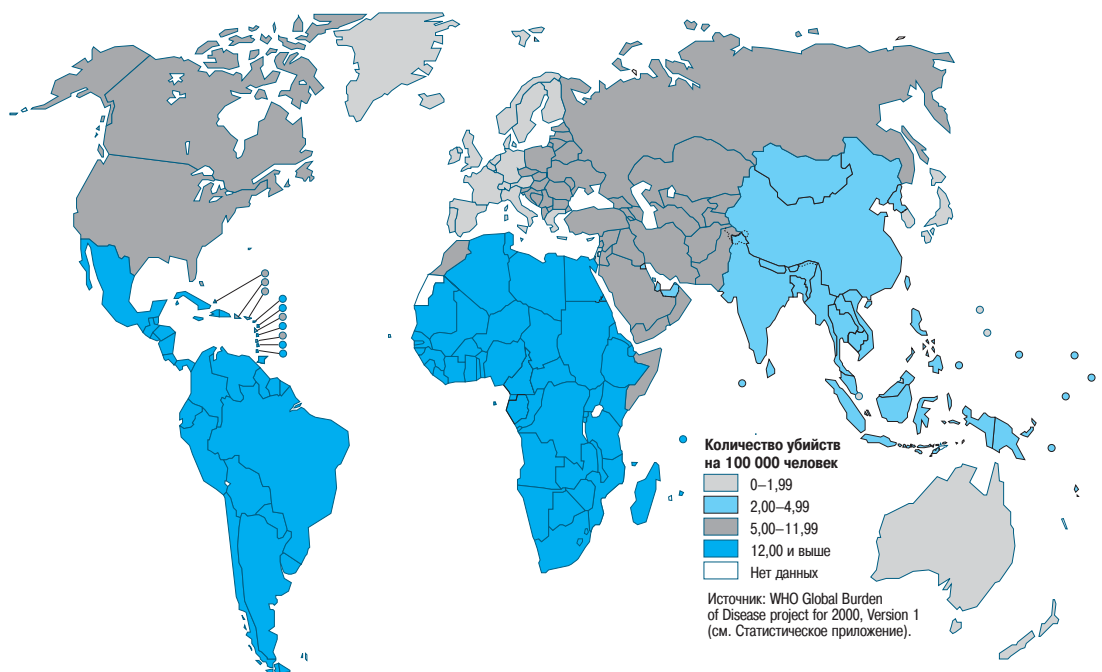
Масштабы проблемы Уровень убийств среди молодежи

В 2000 г. всего в мире было зарегистрировано 199 000 убийств молодых людей (9,2 случая на 100 000 человек). Иначе говоря, ежедневно в результате межличностных форм насилия в мире погибает 565 детей, подростков и молодых людей (в возрасте от 10 до 29 лет). Уровень убийств далеко не одинаков в разных регионах мира; он колеблется от 0,9 случаев на 100 000 человек в странах Европы с высоким доходом, в некоторых районах Азии и в Тихоокеанском регионе до 17,6 случаев в Африке и 36,4 случаев в Латинской Америке (см. рис. 2.1).

Весьма различается уровень убийств среди молодежи и в разных странах (см. табл. 2.1). Если рассматривать страны, информацией о которых располагает ВОЗ, то самые высокие показатели убийств зарегистрированы в Латинской Америке (например, 84,4 случая на 100 000 человек в Колумбии и 50,2 случая в Сальвадоре), в странах Карибского бассейна (например, 41,8 на 100 000 в Пуэрто-Рико), в Российской Федерации (18,0) и в некоторых странах Юго-Восточной Европы (например, 28,2 в Албании). Большинство стран, в которых уровень убийств среди молодежи выше 10,0 на 100 000 человек — это развивающиеся страны или страны, переживающие быстрые социальные и экономические преобразования (исключая США, где данный показатель находится на уровне 11,0 на 100 000 человек).

Страны с низким уровнем убийств среди молодежи, как правило, расположены в Западной Европе — это, например, Франция (0,6 на 100 000), Германия (0,8 на 100 000) и Великобритания (0,9 на 100 000) — или же в Азии, в таких странах как Япония (0,4 на 100 000). Есть и такие страны, в которых общее число убийств молодых людей меньше 20 случаев в год.

РИСУНОК 2.1

Уровень убийств среди лиц от 10 до 29 лет в 2000 г. по оценке ВОЗ^а

^а Уровни были рассчитаны по регионам ВОЗ и по уровню дохода в стране, а затем сгруппированы по величине показателя.

Почти повсеместно в мире уровень убийств среди молодых женщин существенно ниже, чем среди молодых мужчин; следовательно, принадлежность к мужскому полу является ярко выраженным демографическим фактором риска. Соотношение уровней убийств мужчин и женщин выше, как правило, в тех странах, где совершается много убийств среди молодых мужчин. Так, в Колумбии это соотношение равно 13,1:1, в Сальвадоре — 14,6:1, на Филиппинах — 16,0:1, в Венесуэле — 16,5:1. В тех странах, где убийств мужчин совершается меньше, ниже и соотношение мужских и женских убийств, как, например, в Венгрии (0,9:1), в Нидерландах и в Республике Корея (1,6:1). Уровень убийств среди молодых женщин различается по странам не так сильно, как среди молодых мужчин.

Об уровне смертности в некоторых странах и регионах ВОЗ не имеет информации либо она неполна; поэтому нет сведений и об убийствах среди молодежи. Там же, где информация об убийствах среди молодежи имеется, например в странах Африки, где были проведены исследования (включая Нигерию, ЮАР и Объединенную Республику Тан-

занию), и в странах Азии и Тихоокеанского региона (Китай вместе с провинцией Тайвань и Фиджи) (9–16), зафиксированы те же явления, о которых мы говорили выше:

- заметно большее число убийств мужчин;
- уровни убийств в разных странах и регионах сильно различаются.

Динамика убийств в молодежной среде

В течение 1985–1994 г. уровень убийств среди молодежи во многих регионах мира вырос, и особенно отчетливо — в возрастной группе от 10 до 24 лет. Отмечаются также существенные различия между полами, странами и регионами мира. В общем, уровень убийств лиц в возрасте от 15 до 19 и от 20 до 24 лет вырос значительно, чем в возрастной группе от 10 до 14 лет. При этом у мужчин рост этого показателя был заметнее, чем у женщин (см. рис. 2.2), кроме того, его увеличение было более выражено в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой. Рост убийств среди молодежи связан, как правило, с более частым использованием огнест-

рельного оружия при совершении актов насилия (см. рис. 2.3).

В Восточной Европе и в бывшем Советском Союзе уровень убийств среди молодежи очень быстро вырос после падения коммунизма в конце 1980-х и в начале 1990-х годов, в то время как в Западной Европе этот уровень оставался низким. В Российской Федерации за 1985–1994 г. число убийств в возрастной группе от 10 до 24 лет выросло более чем на 150% — с 7,0 случаев на 100 000 человек до 18,0 на 100 000, а в Латвии имел место прирост в 125% — с 4,4 на 100 000 до 9,9 на 100 000. В эти же годы во многих из этих стран имел место резкий прирост доли смертей от огнестрельных ранений, причем эта доля в Азербайджане, в Латвии и в Российской Федерации более чем удвоилась.

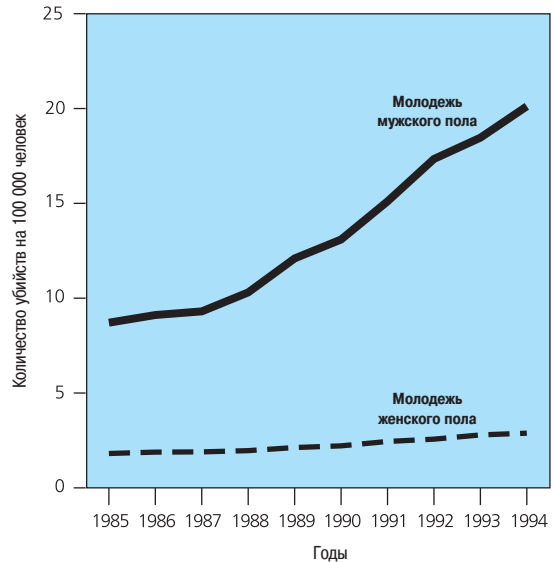
Напротив, в Великобритании уровень убийств среди молодежи от 10 до 24 лет за тот же 10-летний период вырос только на 37,5% (с 0,8 до 1,1 случая на 100 000 человек), во Франции — на 28,6% (с 0,7 до 0,9 на 100 000). В Германии с 1990 по 1994 год уровень убийств среди молодежи вырос на 12,5% (с 0,8 до 0,9 на 100 000). Несмотря на общий рост убийств среди молодежи в этих странах, доля убийств с применением огнестрельного оружия осталась на неизменном уровне, составляя приблизительно 30% от общего числа убийств.

Заметные различия в уровне убийств среди молодежи были зарегистрированы на американском континенте за период 1985–1994 г. В Канаде, где примерно треть убийств молодежи совершается огнестрельным оружием, уровень убийств понизился на 9,5% (с 2,1 до 1,9 случаев на 100 000 человек). В США же тенденция была прямо противоположной: здесь больше, чем в 70% убийств применялось огнестрельное оружие, а уровень убийств увеличился на 77% (с 8,8 до 15,6 на 100 000). В Чили показатели за этот период оставались стабильно низкими, на уровне 2,4 случая на 100 000 человек. В Мексике, где на огнестрельное оружие приходится до 50% убийств среди молодежи, уровень убийств остается стабильно высок, увеличившись за эти годы с 14,7 до 15,6 на 100 000. В Колумбии же показатель убийств среди молодежи вырос на 159%, с 36,7 до 95,0 на 100 000 человек (причем в 80% случаев применялось огнестрельное оружие), а в Венесуэле — на 132%, с 10,4 до 24,1 на 100 000 человек.

В Австралии уровень убийств среди молодежи снизился с 2,0 в 1985 г. до 1,5 в 1994 г., тогда как в соседней Новой Зеландии он за тот же период бо-

РИСУНОК 2.2

Глобальная динамика уровня убийств среди молодежи мужского и женского пола в возрасте от 10 до 24 лет, 1985–1994 г.^a

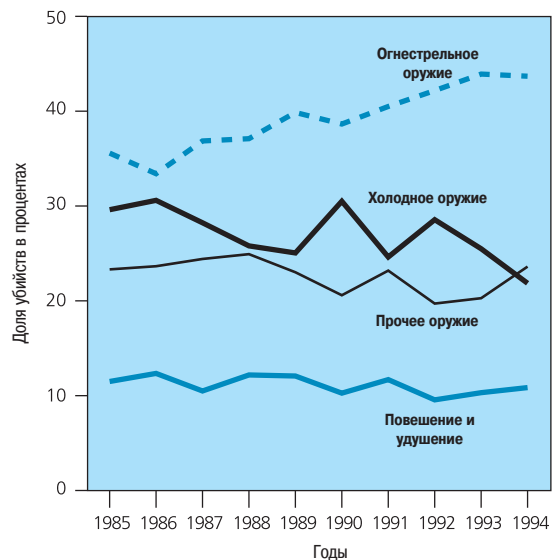


^a На основе данных ВОЗ о смертности для 66 стран.

лее чем удвоился (с 0,8 до 2,2 на 100 000 человек). В Японии данный показатель за тот же период оставался низким, около 0,4 на 100 000 человек.

РИСУНОК 2.3

Способы убийств среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет, 1985–1994 г.^a



^a На основе данных ВОЗ о смертности для 46 стран.

Насилие, не приводящее к смертельному исходу

В ряде стран есть возможность сравнить информацию об убийствах с данными о насилии, не заканчивающимся смертельным исходом. Такое сравнение дает более полную картину насилия в молодежной среде. Исследования показывают, что на каждое убийство приходится от 20 до 40 случаев насилия, не заканчивающихся смертельным исходом, но требующих госпитализации. В некоторых странах, включая Израиль, Новую Зеландию и Никарагуа, это отношение еще выше (17–19). В Израиле среди лиц моложе 18 лет ежегодное число телесных повреждений, потребовавших скорой медицинской помощи, составляет 196 на 100 000 человек, по сравнению с показателем убийств, равным 1,3 на 100 000 у мужчин и 0,4 на 100 000 у женщин (19).

Как и в случае с убийствами, большинство жертв насилия с нелетальным исходом, которым была оказана медицинская помощь в стационаре — это мужчины (20–26), хотя соотношение мужчин и женщин здесь несколько ниже, чем в случае убийств. Например, исследование в Эльдорете (Кения) показывает, что здесь это соотношение равно 2,6:1 (22). Исследования в других странах дают соотношения 3:1 (Ямайка) и 4-5:1 (Норвегия) (23, 24).

Количество телесных повреждений без смертельного исхода имеет тенденцию стремительно возрастать в среднем подростковом возрасте и у взрослых молодых людей. Исследование семей в Йоханнесбурге (ЮАР) показало, что 3,5%

ТАБЛИЦА 2.1

Уровень убийств среди молодежи от 10 до 29 лет в странах или регионах за последний год, по которому имеется информация^a

Страна/Регион	Год	Общее количество смертей	Количество убийств на 100 000 человек среди молодежи в возрасте от 10 до 29 лет			
			Всего	Мужского пола	Женского пола	Соотношение мужской пол/женский пол
Албания	1998	325	28,2	53,5	5,5	9,8
Аргентина	1996	628	5,2	8,7	1,6	5,5
Армения	1999	26	1,9	3,1	— ^b	— ^c
Австралия	1998	88	1,6	2,2	1,6	2,3
Австрия	1999	7	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Азербайджан	1999	194	6,7	12,1	— ^b	— ^c
Беларусь	1999	267	8,8	13,2	4,3	3,1
Бельгия	1995	37	1,4	1,8	— ^b	— ^c
Босния и Герцеговина	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Бразилия	1995	20 386	32,5	59,6	5,2	11,5
Болгария	1999	51	2,2	3,2	— ^b	— ^c
Канада	1997	143	1,7	2,5	0,9	2,7
Чили	1994	146	3,0	5,1	— ^b	— ^c
Китай						
ОАР Гонконг	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Некоторые сельские и городские районы	1999	778	1,8	2,4	1,2	2,1
Колумбия	1995	12 834	84,4	156,3	11,9	13,1
Коста-Рика	1995	75	5,5	8,4	— ^b	— ^c
Хорватия	1999	21	1,6	— ^b	— ^b	— ^c
Куба	1997	348	9,6	14,4	4,6	3,2
Чешская Республика	1999	36	1,2	1,4	— ^b	— ^c
Дания	1996	20	1,5	— ^b	— ^b	— ^c
Эквадор	1996	757	15,9	29,2	2,3	12,4
Сальвадор	1993	1 147	50,2	94,8	6,5	14,6
Эстония	1999	33	7,7	13,3	— ^b	— ^c
Финляндия	1998	19	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Франция	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Грузия	1992	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Германия	1999	156	0,8	1,0	0,6	1,6
Греция	1998	25	0,9	1,4	— ^b	— ^c
Венгрия	1999	41	1,4	1,4	1,5	0,9
Ирландия	1997	10	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Израиль	1997	13	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Италия	1997	210	1,7	2,3	0,5	4,5
Ямайка	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Япония	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Казахстан	1999	631	11,5	18,0	5,0	3,6
Кувейт	1999	14	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Кыргызстан	1999	88	4,6	6,7	2,4	2,8
Латвия	1999	55	7,8	13,1	— ^b	— ^c
Литва	1999	59	5,4	8,4	— ^b	— ^c
Маврикий	1999	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Мексика	1997	5 991	15,3	27,8	2,8	9,8
Нидерланды	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Новая Зеландия	1998	20	1,8	— ^b	— ^b	— ^c
Никарагуа	1996	139	7,3	12,5	— ^b	— ^c
Норвегия	1997	11	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Панама (без зоны Панамского канала)	1997	151	14,4	25,8	— ^b	— ^c
Парагвай	1994	191	10,4	18,7	— ^b	— ^c
Филиппины	1993	3 252	12,2	22,7	1,4	16,0
Польша	1995	186	1,6	2,3	0,8	2,7
Португалия	1999	37	1,3	2,1	— ^b	— ^c
Пуэрто-Рико	1998	538	41,8	77,4	5,3	14,5
Республика Корея	1997	282	1,7	2,1	5,3	14,5
Республика Молдова	1999	96	7,7	12,8	— ^b	— ^c
Румыния	1999	169	2,3	3,5	1,1	3,1
Российская Федерация	1998	7 885	18,0	27,5	8,0	3,4
Сингапур	1998	15	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Словакия	1999	26	1,5	2,4	— ^b	— ^c
Словения	1998	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Испания	1998	96	0,8	1,2	0,4	2,9
Швеция	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Швейцария	1996	17	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Таджикистан	1995	124	5,5	9,7	— ^b	— ^c
Таиланд	1994	1 456	6,2	10,0	2,2	4,4

ТАБЛИЦА 2.1 (продолжение)

Страна/Регион	Год	Общее количество смертей	Количество убийств на 100 000 человек среди молодежи в возрасте от 10 до 29 лет			
			Всего	Мужского пола	Женского пола	Соотношение мужской пол/женский пол
Бывшая Югославская республика						
Македония	1997	4	– ^b	– ^b	– ^b	– ^c
Тринидад и Тобаго	1994	55	11,4	11,5	– ^b	– ^c
Туркменистан	1998	131	6,9	12,4	– ^b	– ^c
Украина	1999	1 273	8,7	13,0	4,3	3,1
Великобритания	1999	139	0,9	1,4	0,4	3,9
Англия и Уэльс	1999	91	0,7	1,0	0,3	3,4
Северная Ирландия	1999	7	– ^b	– ^b	– ^b	– ^c
Шотландия	1999	41	3,1	5,3	– ^b	– ^c
США	1998	8 226	11,0	17,9	3,7	4,8
Уругвай	1990	36	3,6	4,5	– ^b	– ^c
Узбекистан	1998	249	2,6	3,8	1,3	3,0
Венесуэла	1994	2 090	25,0	46,4	2,8	16,5

ЮАР: Особый административный район.

^a Самые последние доступные данные за период между 1990 и 2000 г. для стран с населением более 1 млн человек.

^b Зарегистрировано менее 20 смертей; показатели не рассчитывались.

^c Соотношение не рассчитывалось, если было зарегистрировано менее 20 смертей среди мужчин или женщин.

жертв насилия были в возрасте 13 лет или младше, тогда как доля лиц от 14 до 21 года составляла 21,9%, а лиц от 22 до 35 лет — 52,3% (27). Исследования, проведенные в Ямайке, Кении, Мозамбике, а также в ряде городов Бразилии, Чили, Колумбии, Коста-Рики, Сальвадора и Венесуэлы, также показывают высокий уровень телесных повреждений в результате насилия среди подростков и 20–30-летних молодых людей (22, 28, 29).

В актах насилия с несмертельным исходом реже используется огнестрельное оружие и чаще ножи и дубинки, а также удары кулаками и ногами. В Гондурасе в 52% нападений на молодых людей, которые не привели к смерти, огнестрельное оружие не применялось, а в Колумбии лишь в 5% случаев несмертельного насилия было применено огнестрельное оружие (в то время как при убийствах молодежи огнестрельное оружие было применено в 80% случаев) (25, 30). В ЮАР огнестрельные ранения составляют до 16% всех телесных повреждений, полученных в результате актов насилия, которые потребовали медицинской помощи в стационаре, а убийства совершаются при помощи огнестрельного оружия в 46% случаев (31). Однако прямое сравнение стран, а также подгрупп внутри стран на основе информации о зарегистрированных в медицинских учреждениях случаях насилия без летального исхода искажило бы истинную картину данного явления. Различия в количестве пострадавших от огнестрельных ранений, доставленных на станции скорой помощи, могут отражать

тот факт, что доврачебная медицинская помощь в разных странах может оказываться в разных учреждениях.

Поведение, повышающее риск насилия в молодежной среде

Участие в драках, хулиганские выходки и владение оружием являются важными факторами риска насилия в молодежной среде. Большинство исследований, рассматривающих такое поведение, направлено на учащихся начальной и средней школы, поведение которых существенно отличается от поведения детей и подростков, которые либо уже окончили школу, либо бросили ее.

Поэтому результаты таких исследований к молодым людям, которые больше не учатся, скорее всего мало применимы.

Участие в драках — это самое обычное явление среди школьников повсюду в мире (32–38). Около трети учащихся участвуют в драках, причем у мальчиков вероятность этого в 2–3 раза выше, чем у девочек. Хулиганство также сильно распространено среди школьников (39, 40). Исследование поведения детей школьного возраста, проведенное в 27 странах мира, засвидетельствовало, что большинство 13-летних детей практически во всех странах мира совершали хулиганские поступки по крайней мере в течение какого-то времени (см. табл. 2.2) (40). Помимо того, что хулиганство и драки — это форма проявления агрессии, они могут вести и к более серьезным формам насилия (41).

Ношение оружия это и важный аспект риска, и способ, которым школьники демонстрируют свою мужественность. Имеется, однако, существенные различия в распространенности этого обычая среди подростков разных стран. В Кейптауне (ЮАР) 9,8% мальчиков и 1,3% девочек, обучающихся в средних школах, сообщили, что в течение предшествующих 4 недель они, направляясь в школу, имели при себе ножи (42). В Шотландии 34,1% мальчиков и 8,6% девочек 11–16 лет заявили, что они носили оружие по крайней мере один раз в течение своей жизни, причем чаще это были наркоманы, чем те, кто не принимает наркотики (43). В

ТАБЛИЦА 2.2

Хулиганство среди 13-летних, 1997–1998 г.

Страна	Участие в хулиганских действиях в текущем школьном году		
	Нет %	Иногда %	Раз в неделю %
Австрия	26,4	64,2	9,4
Бельгия (Фландрия)	52,2	43,6	4,1
Канада	55,4	37,3	7,3
Чешская Республика	69,1	27,9	3,0
Дания	31,9	58,7	9,5
Англия	85,2	13,6	1,2
Эстония	44,3	55,6	5,1
Финляндия	62,8	33,3	3,8
Франция	44,3	49,1	6,6
Германия	31,2	60,8	7,9
Греция	76,8	18,9	4,3
Гренландия	33,0	57,4	9,6
Венгрия	55,8	38,2	6,0
Израиль	57,1	36,4	6,6
Латвия	41,2	49,1	9,7
Литва	33,3	57,3	9,3
Северная Ирландия	78,1	20,6	1,3
Норвегия	71,0	26,7	2,3
Польша	65,1	31,3	3,5
Португалия	57,9	39,7	2,4
Республика Ирландия	74,2	24,1	1,7
Шотландия	73,9	24,2	1,9
Словакия	68,9	27,3	3,9
Швеция	86,6	11,9	1,2
Швейцария	42,5	52,6	5,0
США	57,5	34,9	7,6
Уэльс	78,6	20,0	1,4

Нидерландах 21% учащихся средних школ признали наличие у них оружия, а 8% приносили оружие в школу (44). В США национальное обследование учащихся 9–12 классов показало, что 17,3% школьников имели при себе оружие в предшествующие 30 дней, а 6,9% приносили оружие в школу (32).

Динамика насилия в молодежной среде

Модели поведения человека, в том числе и отношение к насилию, меняются в течение жизни. Подростковый период и юность — это время, когда агрессивность, как и иные особенности поведения, часто проявляется более ярко (45). Чтобы разработать мероприятия по предотвращению насилия, которые соответствовали бы этому критическому возрасту, надо понимать, когда и под воздействием каких обстоятельств агрессивное поведение возникает в процессе формирования личности (3).

С чего начинается насилие?

Склонность к насилию может появляться в разном возрасте. У некоторых детей девиантное (отклоняющееся) поведение проявляется с раннего детства, затем оно может принимать формы более серьезной агрессии в предподростковом и подростко-

вом возрасте. От 20 до 45% мальчиков и от 47 до 69% девочек, которые в 16–17 лет совершали серьезные агрессивные поступки, попадают в разряд тех, чье поведение получило название «устойчивый тип жизненного развития» (3, 46–50). Молодые люди, которые относятся к данной категории, совершают самые серьезные акты насилия, причем такое поведение сохраняется у них и в зрелые годы (51–54).

Выборочные наблюдения над представителями данной возрастной группы в течение длительного отрезка времени позволили установить то, каким образом агрессивность может сохраняться у человека с подросткового возраста до зрелых лет, превращаясь в постоянную модель поведения. Ряд исследований показали, что агрессия в детские годы это верный предвестник насилия в подростковом возрасте и в молодости. По данным исследования, проведенного в Эребро (Швеция) (55), у двух третей выборки, состоящей приблизительно из 1 000 молодых людей, которые к 26 годам применяли насилие, агрессивное поведение было замечено уже к 10 или 13 годам, а в контрольной группе так вела себя только одна треть. Аналогичное исследование в Ювяскюля (Финляндия), заключавшееся в постоянном наблюдении за приблизительно 400 молодыми людьми (56), показало, что агрессивное поведение в компании сверстников в возрасте от 8 до 14 лет значительно предопределяло насильственное поведение таких лиц к 20 годам.

Имеются также свидетельства об устойчивости агрессивного поведения начиная с подросткового возраста до зрелых лет. Исследование, проведенное в Колумбусе (штат Огайо, США), показало, что 59% молодых людей, арестованных за совершение актов насилия в возрасте до 18 лет, подвергались аресту и в зрелые годы, причем 42% этих взрослых правонарушителей были предъявлены обвинения по крайней в одном серьезном преступлении, таком как убийство, нападение при отягчающих обстоятельствах или изнасилование (57). Те, кто подвергался аресту в юности за тяжелые правонарушения, чаще подвергались затем новым арестам в зрелые годы, чем те, кто в юности был арестован за менее серьезные правонарушения. Исследование, посвященное развитию преступности в Кембридже (Великобритания), показало, что треть молодых людей, осужденных за насилие в возрасте до 20 лет, впоследствии в возрасте от 21 до 40 лет были вновь осуждены, а из тех, кто в юности не под-

вергался аресту за насилие, в зрелом возрасте были осуждены только 8% (58).

Устойчивость сложившегося типа жизненного развития помогает объяснить, почему агрессивное и насильственное поведение сохраняется у человека с течением времени. Иначе говоря, есть люди с постоянной, значительно большей, чем у других, тенденцией к агрессивному и насильственному поведению. Это значит, что те, кто относительно более агрессивен в данный момент своего развития, будет более агрессивен и в дальнейшем, хотя абсолютный уровень насилия может и меняться.

Со временем может происходить также переход от одной формы агрессии к другой. Например, в Питтсбурге (Пенсильвания, США) более 1 500 молодых людей последовательно изучались в возрасте 7 лет, 10 лет и 13 лет. Авторы этого исследования — Лобер и др. — сообщают, что детская агрессия имеет тенденцию перерастать в драки между группировками, а затем в различные формы молодежного насилия (59).

И все же закоренелые преступники составляют лишь малую часть молодежи, проявляющей насилие. Большинство агрессивных молодых людей ведут себя так в течение довольно короткого периода своей жизни. Их называют «преступники подросткового периода». В 1976 г. в США было начато национальное обследование выборочной совокупности молодых людей в возрасте от 11 до 17 лет, которое продолжалось до достижения ими 27–33 лет. Оно показало, что хотя небольшая доля молодых людей продолжала совершать акты насилия при вступлении в период зрелости и в течение этого периода, приблизительно три четверти молодых людей, которые совершили серьезные преступления, спустя 1–3 года покончили со своим агрессивным поведением (3). Большинство молодых людей, которые становятся виновниками насилия — это «преступники подросткового периода», у которых в детстве не отмечался высокий уровень агрессии или иных форм отклоняющегося поведения (3).

Ситуативные факторы

В провоцировании агрессивного поведения подростков важную роль могут играть определенные ситуативные факторы. Ситуативный анализ, то есть анализ взаимодействия между будущим преступником и будущей жертвой в данной конкретной ситуации, описывает, как потенциальное на-

силие может превратиться в реальное. Ситуативные факторы таковы:

- мотивы агрессивного поведения;
- место, где происходит насилие;
- употреблял ли преступник алкоголь и есть ли у него оружие;
- наблюдает ли за актом насилия кто-то помимо жертвы и преступника;
- имеют ли место какие-то иные действия (например, ограбление квартиры), которые провоцируют насилие.

Мотивы насильственного поведения молодых людей зависят от их возраста и от присутствия посторонних. Исследование преступности в Монреале (Канада) показало, что когда преступники-тинэйджеры или в возрасте чуть больше двадцати лет примерно половину нападений на людей совершают ради удовольствия, часто в компании таких же ищущих «развлечений», и только половина из них имеет какие-то рациональные или утилитарные цели (60). Однако по достижении преступниками двадцатилетнего возраста мотивация смещается с поисков «острых ощущений» на утилитарные цели — в этих случаях заранее составляется план, применяется оружие и психологическое запугивание жертвы (61).

Национальное исследование молодежи, проведенное в США, показало, что нападения обыкновенно совершались в ответ на другие нападения или же вследствие провокации или озлобления (61). Вышеупомянутое исследование в Кембридже обнаружило, что мотивы драк зависели от того, дрался парень один или же в компании сверстников (62). В драку «один на один» человек, как правило, вступает, когда его задирают, при этом он злится и ударяет обидчика, чтобы наказать его или чтобы снять внутреннее напряжение. В групповых потасовках участвуют, чтобы выручить товарищей или в ответ на нападение, и лишь в редких случаях мотивом бывает злость и раздражение. Однако групповые драки, в общем, имеют гораздо более серьезные последствия. Часто они начинаются с незначительных инцидентов, происходят в барах или на улице, в них чаще применяется оружие, а заканчиваются они обычно телесными повреждениями и вызовом полиции.

Алкогольное опьянение является важным ситуативным фактором, который способен ускорить насилие. В шведском исследовании упоминается, что в момент события около трех четвертей правонарушителей и около половины жертв насилия

были в состоянии интоксикации; то же показало и исследование в Кембридже: многие парни вступали в драку, приняв дозу спиртного (62, 63).

Молодые правонарушители обычно совершают самые разные проступки, для них характерны и разные виды проблемного поведения — все это с большой вероятностью вовлекает их в ситуации, которые ведут к насилию. Как правило, молодые люди не специализируются на каких-то конкретных видах преступлений, они скорее непостоянны. При этом они совершают больше ненасильственных, чем насильственных проступков (64–66). Согласно исследованию в Кембридже арестованные преступники моложе 21 года осуждаются в три раза чаще за совершение ненасильственных преступлений, чем насильственных (58).

Каковы факторы риска насилия в молодежной среде?

Индивидуальные факторы

Такие факторы включают в себя биологические, психологические и поведенческие характеристики человека. Эти факторы могут проявляться уже в детстве или в подростковом возрасте, к тому же на индивида в разной степени могут влиять члены семьи и сверстники, а также социальные и культурные обстоятельства.

Биологические характеристики

Среди возможных биологических факторов исследователи называют травмы и осложнения при беременности и родах, которые могли привести к осложнениям в развитии центральной нервной системы ребенка, что в свою очередь обуславливает агрессивное поведение. В исследовании, проведенном в Копенгагене (Дания), Кэндэл и Медник следили за развитием более 200 детей, родившихся в 1959–1961 г. Было выяснено, что осложнения при рождении могут приводить к арестам в возрасте до 22 лет. У 80% молодых людей, арестованных за совершение преступлений, связанных с применением насилия, были отмечены осложнения при рождении; но такие осложнения были лишь у 30% лиц, арестованных за имущественные преступления, и у 47% тех, кто не стал преступником. Интересно, что осложнения при беременности не влияли на проявление у ребенка склонности к насилию.

С другой стороны, осложнения при родах были жестко связаны с будущим пристрастием к насилию, если при этом один из родителей страдал еще

и психическим заболеванием (68). В таких случаях 32% мужчин, которые появились на свет в результате осложненных родов, подвергались аресту за акты насилия, по сравнению с 5% тех, при рождении которых не были отмечены осложнения или лишь незначительные. К сожалению, эти результаты не были подтверждены Денно (Филадельфийский биосоциальный проект) (69), который следил за развитием почти 1 000 афроамериканских детей в Филадельфии (Пенсильвания, США) с момента их рождения и до достижения ими 22 лет. Можно, следовательно, утверждать, что осложнения при беременности и родах могут стать предпосылкой проявления насилия в будущем, если они дополнены другими проблемами в семье.

Низкий уровень сердечной деятельности (это исследовалось главным образом у мальчиков) коррелирует с поисками острых ощущений и с рискованными поступками, причем обе эти характеристики могут обуславливать агрессию и насилие в стремлении повысить уровень возбуждения (70–73). Высокий уровень сердечной деятельности, с другой стороны, может обуславливать — особенно у новорожденных и маленьких детей — развитие как беспокойства, так и заторможенности (71).

Психологические и поведенческие характеристики

Среди наиболее важных личностных и поведенческих факторов, которые коррелируют со склонностью к насилию, можно отметить гиперактивность, импульсивность, низкий уровень контроля за своим поведением и рассеянное внимание. Тревога, однако, не связана с насилием. В исследовании в Данедине (Новая Зеландия) велось длительное наблюдение за более чем 1 000 детей и было обнаружено, что у лиц, к 18 годам осужденных за насилие, в возрасте 3–5 лет чаще отмечался низкий контроль за своим поведением (например, импульсивность и отсутствие настойчивости) по сравнению с теми, кто не привлекался к суду вообще или арестовывался за преступления, не связанные с насилием (74). В том же исследовании было показано, что такие личностные факторы, как осторожность, невозмутимость и замкнутость в возрасте 18 лет в основном отрицательно коррелируют с количеством арестов за насилие (75).

Выборочные обследования, проведенные методом продольного анализа в Копенгагене (Дания)

(68), Эребро (Швеция) (76), Кембридже (Англия) (77) и Питтсбурге (Пенсильвания, США) (77), также показали связь между этими личностными факторами и арестами за насилие, а также фактами насилия, о которых сообщает сам правонарушитель. Гиперактивность, возбудимость, склонность к риску, а также проблемы с вниманием в возрасте до 13 лет — все это в значительной мере предвещало развитие склонностей к насилию в молодости. Согласно материалам исследований, проведенных в Кембридже и США, высокий уровень эмоциональной неустойчивости был обратно пропорционален развитию склонностей к насилию.

Несколько исследований пришли к одному и тому же выводу: слабое умственное развитие и низкая успеваемость в школе связаны с развитием склонностей к насилию (78). Согласно Филадельфийскому проекту (69) низкие значения коэффициента умственного развития (IQ) в тестах по устной речи и по действиям в возрасте 4 и 7 лет, а также низкие результаты, полученные в стандартных школьных тестах в возрасте 13–14 лет увеличивали вероятность того, что человек с такими характеристиками будет арестован в возрасте до 22 лет. Исследование более 12 000 мальчиков 1953 года рождения в Копенгагене (Дания) показало, что низкие значения IQ в 12 лет часто предсказывали, что этот человек между 15 и 22 годами совершит преступление, которое будет зарегистрировано в полиции. Связь между низкими значениями коэффициента умственного развития и насилием была наиболее явно выражена у мальчиков из групп населения с низким социально-экономическим статусом.

Импульсивность, проблемы с вниманием, слабое умственное развитие и низкая успеваемость могут быть связаны с неудовлетворительным функционированием лобной доли головного мозга. Эти функции следующие: концентрация внимания, абстрактное мышление, способность к формулированию идей и понятий, к постановке задач, предвидение и планирование, эффективный самоконтроль и осознание своего поведения, запреты в отношении неподобающего и импульсивного поведения (79). Интересно отметить, что в другом исследовании, проведенном в Монреале (где обследовались более 1 000 детей: впервые в 6-летнем возрасте и затем постоянно начиная с 10 лет), исполнение указанных выше функций, измеряемое при помощи когнитивно-нейропсихологических

тестов, стало средством для различения мальчиков со склонностями к насилию и без таковых (80). Причем связь между функциями головного мозга и насилием не зависела от таких факторов, как социально-экономический статус семьи, возраст родителей при рождении первого ребенка, их образовательный уровень, развод или раздельное проживание.

Факторы отношений

Индивидуальные факторы риска насилия, описанные выше, не изолированы от других факторов риска. Межличностные отношения молодых людей — в семье, с друзьями и сверстниками — также могут весьма существенно влиять на формирование агрессивного и насильственного поведения или на выработку таких черт характера, которые в свою очередь будут способствовать развитию склонностей к насилию. В детские годы в этом смысле определяющим является влияние семьи, тогда как для подростков большее значение приобретает влияние друзей и сверстников (81).

Влияние семьи

Поведение родителей и обстановка в семье являются центральными факторами развития насильственного поведения у молодежи. Слабый контроль над детьми со стороны родителей и использование грубых физических наказаний для того, чтобы дисциплинировать детей — это верные предпосылки развития в ребенке склонности к насилию в подростковом возрасте и в зрелости. В своем исследовании 250 мальчиков в Бостоне (штат Массачусетс, США) Маккорд показала, что слабый контроль со стороны родителей, агрессивность родителей и жесткие дисциплинарные меры в возрасте 10 лет резко увеличивают риск ареста за насилие в возрасте до 45 лет.

Эрон, Хусман и Зелли (83) наблюдали за развитием почти 900 детей в Нью-Йорке (Нью-Йорк, США). Они обнаружили, что применение родителями грубых физических наказаний по отношению к детям 8-летнего возраста обуславливало не только их арест до достижения ими 30 лет, но и (в случае мальчиков) жестокое поведение по отношению к своим собственным детям и жене. Уидом в исследовании 900 детей, 700 из которых он затем проверил повторно, показал, что физические наказания и отсутствие заботы о ребенке стали предпосылкой их ареста за насилие в дальнейшем, не-

зависимо от таких факторов, как пол, этническая принадлежность и возраст (84). Другие исследования пришли к таким же выводам (77, 85, 86).

Насилие в подростковом возрасте и в зрелые годы имеет также тесную связь с конфликтами между родителями в течение первых лет жизни ребенка (77, 82), а также с недостаточным общением родителей и детей (87, 88). Есть и другие факторы риска насилия: большое число детей в семье (65, 77); мать, у которой первый ребенок появился в раннем, возможно, подростковом возрасте (77, 89, 90); отсутствие сплоченности членов семьи (91). Многие из этих факторов, в отсутствие другой социальной поддержки, могут негативно влиять на социальную и эмоциональную жизнь детей и на их поведение. Маккорд (87), например, показала, что преступники со склонностью к насилию меньше, чем преступники, осужденные за другие преступления, испытывали в детстве родительскую любовь, родители мало следили за ними и не приучили к дисциплине.

Состав семьи — это также важный фактор, который может обуславливать развитие у ребенка агрессии и склонности к насилию. Результаты исследований, проведенных в Новой Зеландии, Великобритании и в США, показывают, что дети, растущие в семье с одним родителем, больше подвержены риску насилия (74, 77, 92). Например, в исследовании 5 300 детей из Англии, Шотландии и Уэльса, которые в возрасте до 10 лет пережили разрыв между родителями, показано, что у них больше вероятность быть арестованными за насилие в возрасте до 21 года (92). В исследовании, проведенном в Данидине (Новая Зеландия), проживание 13-летнего ребенка в семье с одним родителем оказалось предпосылкой для его осуждения за насилие в возрасте до 18 лет (74). Меньшее внимание к ребенку и, вероятно, меньшие экономические возможности такой семьи могут стать причиной того, что качество родительского ухода недостаточно, и у ребенка возрастает риск вовлечения в насильственные акты.

В общем, низкий социально-экономический статус семьи определенно имеет связь с насилием в будущем. Например, по данным национального исследования в США молодые люди из групп с низким социально-экономическим статусом вдвое чаще (по их собственным сообщениям) совершали нападения или грабежи, чем их сверстники из среднего класса (93). В Лиме (Перу) к насилию сре-

ди молодежи имели отношение низкий образовательный уровень матери и перенаселенность (94). Исследование молодых людей в Сан-Паулу (Бразилия) показало (с учетом поправок на пол и возраст), что риск стать жертвой насилия был значительно выше у молодых людей из слоев населения с низким социально-экономическим статусом (95). Такие же результаты были получены и в исследованиях, проведенных в Дании (96), Новой Зеландии (74) и Швеции (97).

Учитывая важность родительского надзора, состава семьи и экономического статуса в распространности насилия в молодежной среде, можно ожидать увеличения масштабов такого насилия там, где имеет место распад семей вследствие войн, эпидемий или быстрых социальных перемен. Если говорить об эпидемиях, то во всем мире почти 13 млн детей потеряли одного или обоих родителей в результате СПИДа, причем более 90% таких случаев произошло в Африке к югу от Сахары, и в ближайшие несколько лет там могут стать сиротами еще миллионы детей (98). Атака СПИДа на людей репродуктивного возраста делает детей сиротами в таких масштабах, что многие общины уже не могут рассчитывать на традиционные структуры, которые обеспечили бы уход за этими детьми. Эпидемия СПИДа, таким образом, скорее всего, будет способствовать росту насилия среди молодых людей, особенно в Африке, где уже и без того уровень насилия в молодежной среде чрезвычайно высок.

Влияние сверстников

Влияние сверстников в подростковый период в целом рассматривается как положительное и важное для формирования межличностных отношений, но оно же может быть и негативным. Например, друзья с преступными наклонностями могут вовлекать молодого человека в насильственные акты (88). Результаты исследований, проведенных в развитых странах (78, 88), совпадают с результатами исследования в Лиме (Перу) (94), которое показывает корреляцию между насильственным поведением и наличием друзей, употребляющих наркотики. Однако что от чего зависит в данной ситуации — появляются друзья-преступники до того, как молодой человек стал проявлять насилие, или после этого — пока не ясно (99). В исследовании Эллиота и Менара сделан двоякий вывод: совершенное преступление приводит к контактам с соответствующими сверстниками, и наоборот —

ВСТАВКА 2.1**Преступные группировки**

Молодежные преступные группировки существуют повсюду в мире. Хотя их размеры и типы могут колебаться в больших пределах — от простых объединений лиц до сетей организованной преступности — они, похоже, отвечают главным потребностям своих членов: принадлежность к группе и формирование себя как личности.

В районе Вестерн-Кейп (ЮАР) насчитывается до 90 тыс. членов банд, а в Гуаме в 1993 г. было зарегистрировано 110 постоянных бандитских группировок, причем около 30 из них — крупные. В Порт-Морезби (Папуа—Новая Гвинея) зафиксировано четыре крупных преступных объединения, располагающих многочисленными отделениями. В Сальвадоре насчитывается порядка 30–35 тыс. членов банд, приблизительно такое же число в Гондурасе, а в 48 тыс. городов США в 1995 г. действовало около 31 тыс. банд. В Европе банды распространены неравномерно, особенно много их в странах с переходной экономикой, например в Российской Федерации.

Банды — это преимущественно мужской феномен, хотя в таких странах как США девушки также образуют свои банды. Возраст членов банд может варьировать от 7 до 35 лет, хотя наиболее типичный — от 13 до 25 лет. Банды обычно образуются в экономически неблагополучных районах, среди городского и проживающего в пригородах населения с низкими доходами и рабочим. Часто в такие банды приходят дети, бросившие школу и получившие неквалифицированную или низкооплачиваемую работу. В странах с высоким или средним уровнем душевого дохода большая часть банд состоит из этнических или расовых меньшинств, часто живущих очень изолированно от остального общества.

Банды связаны с насилием. Исследования показывают, что как только молодой человек попадает в группировку, он больше применяет насилие и участвует в более рискованных, часто противоправных видах деятельности. В Гуаме свыше 60% всех преступлений с применением насилия, о которых становится известно полиции, совершаются молодыми людьми, причем большая часть их принадлежит к крупнейшим бандам острова. В Бремене (Германия) насилие, совершаемое членами банд, составляет почти половину всех актов насилия, о которых становится известно полиции. В выборочном исследовании методом продольного анализа, охватившем около 1 000 молодых людей в Рочестере (штат Нью-Йорк, США), членами банд были только 30% выборки, но на их долю приходилось около 70% всех насильственных преступлений (о которых они сообщили сами) и около 70% всех операций с наркотиками.

Множество факторов, взаимодействующих друг с другом, приводит молодого человека в банду. Банды, судя по всему, формируются там, где рухнул сложившийся социальный строй и отсутствуют альтернативные формы культурного поведения. Среди других социально-экономических, общинных и межличностных факторов, которые толкают молодых людей в банды, можно назвать:

- отсутствие возможностей для социальной или экономической мобильности в обществе, где агрессивно проповедуется потребительский стиль жизни;
- снижение эффективности работы правоохранительных органов;
- прекращение учебы в школе, а также низкая оплата неквалифицированного труда;
- отсутствие руководства, контроля и поддержки со стороны родителей или иных старших членов семьи;
- жестокие физические наказания в семье;
- наличие сверстников, которые уже вовлечены в банду.

Серьезная работа со всеми указанными факторами, которые способствуют процветанию молодежных банд, а также поиски более безопасных альтернативных культурных вариантов для потенциальных бандитов могут устранить значительную долю насильственных преступлений, совершаемых бандами.

контакты со сверстниками с преступными наклонностями ведут к совершению преступлений (100).

Факторы на уровне общины

Место, где проживают молодые люди, оказывает важное влияние на их семьи, на характер групп сверстников и на то, каким образом они могут оказаться в ситуациях, ведущих к насилию. Вообще говоря, мальчики, живущие в городских кварталах, чаще бывают вовлечены в насильственные акты, чем их сверстники, живущие в сельской местности (77, 88, 93). В городах больше участвуют в насилии те молодые люди, которые живут в районах, отмеченных более высоким уровнем преступности (77, 88).

Банды, огнестрельное оружие и наркотики

Наличие в районе банд (см. вставку 2.1), огнестрельного оружия и наркотиков — это мощная взрывоопасная смесь, которая увеличивает вероятность насилия. Например, в США одновременное присутствие в каком-то квартале трех этих компонентов может стать важным фактором, объясняющим, почему количество арестов молодых людей за убийства более чем удвоилось за период с 1984 по 1993 г. (с 5,4 до 14,5 случаев на 100 000 человек) (97, 101, 102). Блюмстайн высказал предположение, что это было связано с увеличением в этот период доступности оружия, с ростом числа банд и с борьбой за право продавать кокаин (103). Согласно исследованию, проведенному в Питтсбурге, о котором уже говорилось, торговля наркотиками обычно требовала ношения оружия, так что 80% 19-летних, которые занимались продажей сильнодействующих наркотиков (таких как кокаин), имели при себе огнестрельное оружие (104). В Рио-де-Жанейро (Бразилия), где большинство жертв и убийц — это лица 25 лет или моложе, торговля наркотиками является причиной значительной доли убийств, конфликтов и нанесения телесных повреждений (105). В других странах Латинской Америки и Карибского бассейна банды молодежи, вовлеченные в торговлю наркотиками, совершают больше актов насилия, чем те, которые не занимаются такой торговлей (106).

Социальная интеграция

Степень социальной интеграции внутри общины также влияет на уровень насилия в молодежной

среде. «Социальный капитал» — это понятие, которым пытаются измерить интеграцию общины. Он состоит в правилах, нормах, обязанностях, взаимодействии и доверии, которые существуют в общественных связях и учреждениях (107). Молодые люди, живущие в местах, где недостает социального капитала, как правило, плохо успевают в школе и в целом имеют большую вероятность бросить школу (108).

Мозер и Холланд (109) провели исследование пяти бедных городских общин на Ямайке. Они вскрыли циклический характер связей между насилием и разрушением социального капитала. Когда в общине появляются признаки насилия, в данном месте становится ограниченной физическая мобильность, уменьшаются, возможности для занятости и образования, а также инвестиции, здесь перестают строить новые дома или ремонтировать уже существующие. Такое уменьшение социального капитала (возросшее недоверие по причине разрушения инфраструктуры, отсутствия благоприятных условий и возможностей) увеличивает вероятность насилия, особенно среди молодежи. Исследование связей между социальным капиталом и преступностью в большом числе стран в течение 1980–1994 г. показало, что уровень доверия членов общины друг к другу оказывает большое влияние на совершение насильственных преступлений (107). Вилкинсон, Кавачи и Кеннеди (110) показали, что индексы социального капитала, отражающие низкий уровень социальной сплоченности и высокий уровень межличностного недоверия, приводили к повышению уровня убийств, а также к увеличению экономического неравенства.

Факторы на уровне общества

Факторы, действующие на уровне общества в целом, могут создавать условия, способствующие развитию насилия в молодежной среде. Однако большинство свидетельств, связанных с данными факторами, получены при проведении выборочных исследований или исследований окружающей среды и полезны главным образом для выявления некоторых устойчивых связей, а не для определения непосредственных причин явления.

Социально-демографические изменения

Быстрые демографические изменения в молодежной среде, модернизация, эмиграция, урбаниза-

ция и постоянно меняющаяся социальная политика имеют определенную связь с ростом молодежного насилия (111). В регионах, которые пережили экономический кризис и следующие за ним структурные реформы, например в Африке и частично в Латинской Америке, резко снизилась реальная заработная плата, было ослаблено либо упразднено трудовое законодательство, существенно ухудшилась работа базовых отраслей инфраструктуры и социальных услуг (112, 113). Бедное население стало больше концентрироваться в городах, причем происходило сильное увеличение доли молодежи среди населения (114).

В своем демографическом анализе молодежи в Африке Лаурас-Локох и Лопес-Эскартин (113) констатируют, что напряжение между быстрым ростом молодых поколений и все ухудшающейся инфраструктурой выливается в настоящие бунты молодежи в школах и в высших учебных заведениях. Диалло Ко-Транг (115) обнаружил подобные студенческие забастовки и бунты в Сенегале, где численность населения моложе 20 лет за период с 1970 по 1988 г. удвоилась, причем это произошло в обстановке экономического спада при проведении политики структурного регулирования. Обследуя молодежь Алжира, Раррбо (116) обнаружил, что быстрый рост населения и ускоренная урбанизация привели к безработице и ухудшению жилищных условий, что, в свою очередь, выразилось во фрустрации и напряжении в молодежной среде. В результате создались предпосылки для того, чтобы молодые люди стали совершать мелкие преступления и акты насилия, в особенности под влиянием сверстников.

Диннен (117) описывает эволюцию преступных группировок в Папуа—Новой Гвинее в широком контексте деколонизации, последующих социальных и политических преобразований, а также быстрого роста населения, который опережает темпы экономического роста. Такое явление также характерно и для некоторых бывших коммунистических стран (118), где — при росте безработицы и жестком ограничении социального обеспечения — молодые люди оказались лишены законных способов заработка, а также необходимой социальной помощи в период между окончанием школы и началом работы. В этих условиях, не видя никакой поддержки со стороны общества, часть молодежи сделала выбор в пользу преступности и насилия.

Неравенство доходов

Научные исследования обнаруживают связь между темпами экономического роста и насилием (119). Гартнер, исследовав 18 промышленно развитых стран за период 1950–1980 годов (6), показал, что неравенство доходов, измеряемое коэффициентом Джини, значительно увеличивает уровень убийств. Файнзильбер, Ледерман и Лойаса (120) получили такие же результаты, исследовав 45 развитых и развивающихся стран за период с 1965 по 1995 г. Рост ВВП снижал уровень убийств, но это воздействие во многих случаях компенсировалось растущим неравенством доходов. Уннитан и Уитт пришли к такому же заключению в своем исследовании (121), а именно, что неравенство доходов тесно связано с уровнем убийств и что их уровень снижался всякий раз, как только намечался рост ВВП на душу населения.

Политическая структура в стране

Качество правления в стране, как с точки зрения законодательства, так и с точки зрения политики, обеспечивающей социальную защиту — это важный фактор, влияющий на уровень насилия. В частности, степень исполнения существующего в стране уголовного законодательства (аресты и преследование преступников) может стать (или не стать) средством сдерживания насилия. Файнзильбер, Ледерман и Лойаса (120) утверждают, что уровень арестов за убийства существенным образом влияет на снижение убийств. В их исследовании было показано, что действенные меры властей (например, увеличение арестов) снижали уровень преступности, в то время как субъективные представления в обществе (такие как уверенность в судебной власти и высокая оценка работы властей) лишь в незначительной мере коррелировали с динамикой уровня преступности в стране.

Следовательно, власти способны повлиять на уровень насилия, особенно молодежного. Норонья и др. (122) в своем исследовании насилия, затрагивающего различные этнические группы в Сальвадоре (Байя, Бразилия) сделали вывод о том, что недовольство полицией, судами и тюрьмами повысило уровень неформальных способов сведения счетов. Де Соуза Минайо (105) показал на примере Рио-де-Жанейро (Бразилия), что полиция сама очень часто применяла насилие против молодежи. Действия полиции, особенно в отношении молодежи из бедных слоев, включали в се-

бя применение физического насилия, сексуальное преследование, изнасилования и взяточничество. Санхуан (123) высказал предположение, что ощущение того, что справедливость в стране зависит от того, к какому классу принадлежит данный конкретный человек, стало важным фактором возникновения культуры насилия в среде маргинализованных слоев молодежи в Каракасе (Венесуэла). Точно так же Эйчинсон (124) сделал вывод, что в ЮАР после ликвидации режима апартеида безнаказанность тех, кто прежде попирает права человека, и неспособность полиции существенно изменить методы своей работы создали общее ощущение неуверенности и привели к росту действий в обход судебной системы, с применением насилия.

Важно также наличие государственной системы социальной защиты населения, которая является еще одной характеристикой управления. В своем исследовании Пэмпел и Гартнер (125) использовали показатель, измеряющий степень развития учреждений, которые отвечают в стране за социальную защиту. Их интересовал вопрос, почему страны, в которых численность лиц в возрасте от 15 до 29 лет росла одинаковыми темпами, показывают в одном и том же периоде неодинаковый прирост уровня убийств. Исследователи пришли к выводу, что существование в стране эффективной государственной системы социальной защиты населения снижает уровень убийств. Более того, наличие таких учреждений способно противостоять увеличению убийств, которое происходит при росте численности возрастных групп от 15 до 29 лет, то есть той группы населения, в которой традиционно много убийц и их жертв.

Месснер и Розенфельд (126) исследовали результаты попыток защитить уязвимые группы населения от спада производства. Было показано, что увеличение расходов на социальную помощь приводит к снижению уровня убийств, т.е. в странах с развитыми системами экономической безопасности уровень убийств меньше. Бриггс и Катрайт (7) в своем исследовании 21 страны за период с 1965 по 1988 г. нашли, что увеличение доли расходов на социальное обеспечение в ВВП снижает количество убийств детей младше 14 лет.

Влияние факторов культуры

Культура, которая отражена в унаследованных нормах и ценностях данного общества, помогает

определить, как люди реагируют на меняющиеся условия жизни. Факторы культуры могут влиять на масштабы насилия в обществе, например закрепляя насилие как обычный способ разрешения конфликтов и приучая молодые поколения принимать нормы и ценности, которые поддерживают насилие.

Важными орудиями пропаганды и распространения насильственных образов, норм и ценностей являются средства массовой информации. Влияние разных видов СМИ на детей и молодых людей резко выросло в последние годы. Новые их формы, такие как видеоигры, видеофильмы и Интернет, увеличили вероятность подвергнуться воздействию насилия. Ряд исследований показали, что появление телевидения в тех странах мира, где его не было, сопровождалось повышением уровня насилия (127–131), хотя эти исследования, как правило, не принимали во внимание другие факторы, которые могли в то же самое время оказывать влияние на уровень насилия (3). Подавляющее большинство данных сегодня говорит о том, что насилие, льющееся с экранов телевизоров, увеличивает вероятность непосредственного возникновения агрессивного поведения, а также что его влияние на насилие в долгосрочном плане неизвестно (3) (см. вставку 2.2). Достаточной информации о воздействии на человека некоторых новых видов СМИ пока нет.

Культуры, в которых не существует ненасильственных альтернатив разрешения конфликтов, имеют более высокий уровень насилия в молодежной среде. В исследовании банд в Медельине (Колумбия) Бедоия Марин и Харамильо Мартинес (136) описывают то, как на молодежь из семей с низкими доходами оказывает воздействие «культура» насилия — на уровне всего общества и на уровне общины. Они утверждают, что на уровне общины насилие стимулируется распространенной идеей «легких денег» (по большей части связанных с торговлей наркотиками) и любых средств для их добывания, а также коррупцией в полиции, в судах, среди военной и местной администрации.

«Культурные» влияния, не знающие национальных границ, также приводят к росту насилия в молодежной среде. Исследуя банды в Латинской Америке и Карибском бассейне, Роджерс (106) показал, что в северных и юго-западных городах Мексики, где отмечается самая большая эмиграция из США, возникли банды, действующие по образцу

ВСТАВКА 2.2**Влияние средств массовой информации на насилие в молодежной среде**

Дети и молодежь — важная часть потребителей средств массовой информации, включая развлечения и рекламу. Исследования в США показали, что телевизор начинают смотреть с очень раннего возраста — с 2 лет, и что средний юный зритель в возрасте от 8 до 18 лет наблюдает на экране телевизора около 10 000 актов насилия в год. Эта модель влияния СМИ не обязательно представлена столь же явно в других районах мира, в особенности там, где доступ к телевизионному вещанию и фильмам имеют немногие. В то же время нет сомнений в том, что воздействие средств массовой информации повсюду велико и что оно растет. Важно поэтому исследовать это воздействие как фактор риска межличностного насилия, в которое может быть вовлечена молодежь.

Исследователи уже свыше 40 лет изучают воздействие средств массовой информации на агрессивное и насильственное поведение. Мета-анализ (т.е. обзор исследований) воздействия СМИ на агрессивность и насилие, в общем, приходит к заключению, что насилие в средствах массовой информации увеличивает агрессивность людей. Но данные, которые подтверждали бы его влияние на более серьезные формы насилия (такие как нападение и убийство), пока отсутствуют.

В 1991 г. был проведен мета-анализ 28 исследований детей и подростков, которые подвергались воздействию насилия из разных источников СМИ, причем за ними велось наблюдение в свободном социальном взаимодействии. Аналитики пришли к выводу, что восприятие картин насилия в средствах массовой информации увеличивает агрессивное поведение по отношению к друзьям, одноклассникам и посторонним (132). Еще один мета-анализ был проведен в 1994 г. В нем было использовано 127 исследований, опубликованных с 1957 по 1990 г. и посвященных воздействию картин насилия в средствах массовой информации на агрессивное поведение, причем 85% выборки были лица от 6 до 21 года. Авторы обзора пришли к выводу, что существует значительная положительная корреляция между картинами насилия в СМИ и агрессивным поведением, независимо от возраста обследуемых (133).

Многие из исследований, попавших в эти аналитические обзоры, были либо случайными экспериментами (полевыми или лабораторными), либо обследованиями, проведенными методом поперечного анализа, который охватывает различные социальные слои и группы. Результаты экспериментальных исследований показывают, что краткое воздействие насилия, увиденного в кино или по телевизору, особенно если оно представлено ярко, несет с собой краткосрочное повышение агрессивного поведения. Кроме того, это воздействие, вероятно, больше, если его объект — дети и молодежь с агрессивными наклонностями, а также те, кто был возбужден или кого провоцировали. Эти выводы, однако, могут не подтверждаться в реальной жизни. В самом деле, ситуации в реальной жизни часто включают в себя элементы, которые нельзя так же «контролировать», как в экспериментах, и такие элементы могут смягчать агрессивное и насильственное поведение.

Результаты обследований, проведенных методом поперечного анализа, указывают на положительную корреляцию между насилием в СМИ и «мягкой» агрессивностью, выражаемой, например, словесно (мнения, отношение), в поведении и в эмоциях, таких как гнев. Однако влияние насилия в средствах массовой информации на жесткие формы агрессивного поведения (такие как нападение и убийство), мало, если есть вообще ($r = 0,06$) (133). Кроме того, в отличие от экспериментальных исследований и от исследований с применением продольного анализа, где причинно-следственные связи устанавливаются довольно легко, в обзорах с применением поперечного анализа не удается установить, вызывают ли картины насилия в средствах массовой информации агрессивное и насильственное поведение.

Проводились также исследования с применением продольного анализа, прослеживавшие связь между просмотром телепередач и появлением межличностных форм агрессии несколько лет спустя. Одно такое продолжавшееся 3 года исследование детей (в возрасте от 7 до 9 лет) в Австралии, Финляндии, Израиле, Польше и США дало противоречивые результаты (134), а исследование детей того же возраста в

ВСТАВКА 2.2 (продолжение)

Нидерландах, проведенное в 1992 г., не обнаружило никакого воздействия средств массовой информации на агрессивное поведение (135). Однако другие исследования, в которых велись наблюдения за детьми в течение более продолжительного времени (10–15 лет), обнаружили положительную корреляцию между насилием, увиденным по телевизору в детстве, и агрессией у молодых людей (3).

Исследования, в которых изучалась связь между уровнем убийств и появлением телевидения (главным образом рассматривалась динамика убийств до и после введения телевидения), также обнаружили положительную корреляцию между этими двумя явлениями (127–131). Однако в этих исследованиях не учитывалось воздействие таких противоречивых переменных как экономические различия, социальные и политические преобразования и т.д.

Таким образом, исследования зависимости между насилием в средствах массовой информации и реальным насилием в молодежной среде дают согласованные результаты в том, что касается краткосрочного воздействия на поведение, но противоречат друг другу в отношении долгосрочного эффекта и более серьезных форм насильственного поведения. Это говорит о необходимости дальнейших исследований. Помимо исследования того, может ли насилие в средствах массовой информации явиться непосредственной причиной серьезных форм физического насилия, необходимо исследовать влияние СМИ на межличностные отношения и на развитие таких черт характера как враждебность, грубость, безразличие, неуважительность и неумение считаться с чувствами других людей.

лос-анжелесских. Подобная ситуация была отмечена и в Сальвадоре, который пережил массовую депортацию из США выходцев из Сальвадора начиная с 1992 года, причем многие из депортированных оказались бывшими членами американских банд.

Что можно сделать для предотвращения насилия в молодежной среде?

При разработке национальных программ по предотвращению насилия в молодежной среде важно иметь в виду не только индивидуальные, социальные и поведенческие факторы, но и социальные системы, которые формируют такие факторы.

Таблицы 2.3 и 2.4 показывают примеры методов предупреждения насилия в молодежной среде, которые увязывают окружающую среду, благодаря которой насилие может быть предотвращено, с этапами развития человека от детства до ранней зрелости, когда может возникать насильственное поведение или риск его появления. Методы, упоминаемые в данных таблицах, далеко не исчерпывающи, и не все из них доказали свою эффективность. На самом деле часть их оказались малоэффективными. Эти методы скорее рассматриваются

как иллюстрация широкого спектра решений проблемы насилия в молодежной среде, которые можно применять на разных этапах развития личности.

Мероприятия на уровне личности

Наиболее часто применяемые мероприятия по предотвращению насилия в молодежной среде направлены на повышение действенности факторов, связанных с индивидуальными способностями, а также с взглядами и мнениями человека.

Важным мероприятием по предотвращению насилия (хотя его часто и не воспринимают как таковое) являются программы подготовки детей к школе. Такие программы с самых ранних лет помогают детям приобретать умения и навыки, благодаря которым они будут успевать в школе и таким образом увеличат вероятность успехов в дальнейшей учебе. Такие программы способны укреплять любовь ученика к школе, повышать его успеваемость и развивать уважение к себе (137). Долгосрочное мониторинговое исследование предварительных вариантов таких программ показало их положительное воздействие на детей, которые стали совершать меньше насильственных и преступных актов (138–140).

ТАБЛИЦА 2.3

Методы предотвращения насилия в соответствии с этапом развития ребенка (с раннего детства до 11 лет) и окружающая среда

Окружающая среда	Этапы развития ребенка		
	Младенчество (0–3 года)	Раннее детство (3–5 лет)	Детство (6–11 лет)
Личность	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение нежелательной беременности • Увеличение доступа к помощи при беременности и родах 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы социального развития • Программы подготовки к школе 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы социального развития • Информационные программы о вреде злоупотребления наркотиками^b
Взаимоотношения (например, семья, сверстники)	<ul style="list-style-type: none"> • Посещения на дому^a • Родительские тренинги^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Родительские тренинги 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы наблюдения • Сотрудничество семьи и школы с целью большего участия родителей в воспитании детей
Община	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль за уровнем свинца и удаление токсических веществ из жилищ • Увеличение числа дошкольных учреждений и качества их работы 	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль за уровнем свинца и удаление токсических веществ из жилищ • Увеличение числа дошкольных учреждений и качества их работы 	<ul style="list-style-type: none"> • Прокладывание удобных дорожек в школу и из школы и другие меры • Совершенствование работы школ, в том числе методов преподавания, школьной политики и обеспечение большей безопасности детей • Надзор за детьми вне школы • Факультативные занятия
Общество	<ul style="list-style-type: none"> • Борьба с бедностью • Уменьшение неравенства доходов • Борьба с насилием в СМИ • Проведение информационных кампаний 	<ul style="list-style-type: none"> • Борьба с бедностью • Уменьшение неравенства доходов • Борьба с насилием в СМИ • Проведение информационных кампаний 	<ul style="list-style-type: none"> • Борьба с бедностью • Уменьшение неравенства доходов • Борьба с насилием в СМИ • Проведение информационных кампаний • Школьная реформа

^a Доказали свою эффективность в уменьшении молодежного насилия и факторов риска его проявления.

^b Оказались малоэффективными в уменьшении молодежного насилия и факторов риска его проявления.

Программы социального развития, направленные на уменьшение асоциальных и агрессивных форм поведения детей и насилия у подростков, применяют целый ряд методов. В их число, как правило, входит повышение уровня знаний, умения общаться со сверстниками и развитие у ребенка положительных качеств (141). Такие программы обычно проводятся в школьных помещениях для всех детей без исключения либо только для групп наибольшего риска (142, 143). Они направлены на выработку следующих умений:

- управление своим поведением;
- усвоение социальной перспективы;
- моральное развитие;
- навыки общения;
- решение социальных проблем;
- разрешение конфликтов.

Есть данные о том, что такие программы могут стать эффективным средством для уменьшения насилия в молодежной среде и для улучшения навыков общения молодежи (144–146). Это одни из самых эффективных программ (3), причем особенно эффективны они тогда, когда преподаются детям до их поступления в школу или в начальной школе.

Примером программы социального развития, которая использует технику выработки навыков поведения, может служить программа по предотвращению хулиганства, введенная в начальной и неполной средней школе Бергена (Норвегия). Случаи хулиганских выходок учеников сократились вдвое за 2 года после введения данной программы (147). Она была затем воспроизведена в Англии, Германии и США и дала такие же результаты (3).

Эффективными могут оказаться также следующие мероприятия на уровне личности, хотя здесь требуется дополнительная информация, чтобы подтвердить их влияние на проявление насильственного и агрессивного поведения (137, 148):

- программы для предотвращения нежелательной беременности, что сократит плохое обращение с детьми и уменьшит риск их последующего насильственного поведения;
- программы для улучшения доступа к медицинской помощи в случае беременности и родов;

- программы подготовки к школе;
- программы, которые помогают молодежи, предрасположенной к насилию, закончить среднюю школу и продолжить обучение в высшей школе;
- программы профессионально-технической подготовки для молодежи с неудовлетворительной успеваемостью в средней школе.

Следующие меры оказались малоэффективными в деле уменьшения насилия в молодежной среде (3):

- индивидуальные беседы;
- обучение безопасному обращению с оружием;
- программы испытательного срока и условно-досрочного освобождения, которые включают в себя встречи с заключенными, описывающими жестокость тюремной жизни;
- рассмотрение дел малолетних преступников в судах для взрослых;
- программы по месту жительства с привлечением психиатрических или исправительных учреждений;
- информационные программы по вопросам злоупотребления наркотиками.

Программы для малолетних преступников, использующие модель военной подготовки, вели, как показывают некоторые исследования, к росту рецидивов (3).

Мероприятия на уровне взаимоотношений

Еще один традиционный метод предотвращения насилия в молодежной среде состоит в попытке повлиять на сложившиеся отношения молодых людей с их сверстниками в постоянной среде их общения. Эти программы предусматривают решение таких проблем как отсутствие теплоты в отношениях между родителями и детьми, постоянное давление на подростков со стороны их сверстников, уже участвующих в насильственных действиях, и отсутствие у подростка тесных отношений с опекающим его взрослым.

Посещение ребенка на дому

Важным мероприятием по предотвращению насилия в молодежной среде являются посещения ребенка на дому. Такие мероприятия могут осуществляться уже с раннего детства или младенчества (0–3 года); посещать семью может меди-

цинская сестра или другой медицинский работник. Этот вид мероприятий проводится во многих районах мира, в том числе в Австралии, Канаде, Китае (в ОАР Гонконг), Дании, Эстонии, Израиле, ЮАР, Таиланде и США. Цель таких посещений — обучение, помощь, советы, наблюдения, извещение других учреждений о матерях с низким доходом, о семьях, которые ждут своего первого ребенка или о семьях, где существует опасность жестокого обращения с ребенком и другие проблемы (137, 146). Программы посещений ребенка на дому показали, что они могут иметь хороший эффект в деле уменьшения насилия и преступности (138, 149–152). Чем раньше ребенок оказывается охвачен такими программами и чем дольше они проводятся, тем большей будет их польза (3).

Родительские тренинги

Родительские тренинги помогают улучшить отношения в семье, совершенствовать навыки воспитания ребенка и, следовательно, уменьшить насилие в молодежной среде. Такие программы имеют целью улучшить эмоциональные контакты между родителями и детьми, содействовать тому, чтобы родители пользовались надлежащими методами воспитания ребенка, и помогать им развивать самоконтроль при воспитании детей (146).

Примером комплексной программы подготовки родителей является «Positive Parenting Programme» (Австралия) (153). Эта программа включает в себя кампанию в средствах массовой информации, затрагивающую родителей и медицинские учреждения и направленную на совершенствование родительских умений. Интенсивные меры разработаны также для родителей и семей с детьми, у которых явно выражены поведенческие проблемы. Данная программа (или отдельные ее элементы) были реализованы или реализуются в Китае (ОАР Гонконг), в Германии, Новой Зеландии, Сингапуре и Великобритании (154).

Ряд исследований показал, что обучение родителей проходит успешно и что есть данные о долговременном его эффекте в деле сокращения социального поведения (155–158). Согласно исследованию эффективности мероприятий, проводимых на ранней стадии для предотвращения серьезных форм нарушений (Калифорния, США), тренинги для родителей, чьи дети проявляли агрессивное поведение, предупредили примерно 157 серьезных преступлений (таких

ТАБЛИЦА 2.4

Методы предотвращения насилия в соответствии с этапом развития человека (подростковый возраст и молодость) и окружающая среда

Окружающая среда	Этапы развития	
	Подростковый возраст (12–19 лет)	Молодость (20–29 лет)
Личность	<ul style="list-style-type: none"> • Программы социального развития ^a • Ориентация молодых людей с плохим поведением на окончание средней школы ^a • Индивидуальные беседы ^b • Программы испытательного срока и условно-досрочного освобождения, предусматривающие встречи с заключенными, рассказывающими об ужасах тюремной жизни ^b • Программы на местах, осуществляемые психиатрическими и исправительными учреждениями ^b • Программы, предоставляющие информацию о вреде злоупотребления наркотиками ^b • Дополнительные занятия в школе • Обучение безопасному обращению с оружием ^b • Программы, построенные по образцу военной подготовки ^b • Рассмотрение дел малолетних преступников в обычных судах ^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Ориентация на поступление в ВУЗ • Профессиональное обучение
Взаимоотношения (семья, сверстники)	<ul style="list-style-type: none"> • Институт наставников ^a • Привлечение сверстников в качестве посредников по улаживанию споров ^b • Программы по перевоспитанию злых правонарушителей • Нормализация отношений в семьях ^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы по укреплению семейных и служебных связей и по ослаблению связей со сверстниками, применяющими насилие
Община	<ul style="list-style-type: none"> • Создание безопасных дорог в школу и из школы и подобные им мероприятия • Совершенствование работы школ, в том числе методов преподавания, школьной политики и обеспечение большей безопасности • Внешкольная работа • Программы по предотвращению формирования банд ^b • Обучение медицинских работников методам выявления молодежи, которая легко может быть вовлечена в насильственные действия • Поддержание общественного порядка в общине • Ограничение продажи спиртного • Улучшение оказания скорой помощи, лечения телесных повреждений и доступа к медицинской помощи • Выкуп оружия ^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Программы проведения досуга для взрослых • Поддержание общественного порядка в общине • Ограничение продажи спиртного • Улучшение оказания скорой помощи, лечения телесных повреждений и доступа к медицинской помощи • Выкуп оружия ^b
Общество	<ul style="list-style-type: none"> • Борьба с бедностью • Уменьшение неравенства доходов • Массовые информационные кампании • Сокращение количества сцен насилия в средствах массовой информации • Обеспечение соблюдения закона, запрещающего передачу оружия молодежи • Обеспечение надежного и безопасного хранения огнестрельного оружия • Совершенствование работы полицейских и судебных органов • Реформа системы образования 	<ul style="list-style-type: none"> • Борьба с бедностью • Уменьшение неравенства доходов • Программы занятости для безработных • Массовые информационные кампании • Обеспечение надежного и безопасного хранения огнестрельного оружия • Совершенствование работы полицейских и судебных органов

^a Доказали свою эффективность в уменьшении молодежного насилия и факторов риска его проявления.

^b Оказались малоэффективными в уменьшении молодежного насилия и факторов риска его проявления.

как убийство, изнасилование, поджог и грабеж) на каждый затраченный миллион долларов США (159). Родительские тренинги считаются в три раза более эффективными с точки зрения затрат, чем так называемый закон «три удара», действующий в Калифорнии, который устанавли-

вает жестокие наказания для тех, кто вновь допускает нарушения закона.

Программы с участием наставников

Забота и поддержка взрослого, выступающего как образец поведения в обществе, рассматривается в

качестве фактора, предохраняющего молодого человека от насильственного поведения (3, 146). Программы, основанные на этой теории, дают молодому человеку (в особенности с признаками асоциального поведения или растущему в неполной семье) внимательного старшего друга, не являющегося членом его семьи (160). Наставником может быть старший по возрасту школьник, учитель, советник, полицейский или любой другой член общины. Целью такой программы является помощь молодым людям в развитии их способностей и установлении контакта с тем, кого они считают образцом для подражания и своим лидером (143). Хотя эта программа не считается очень эффективным методом сокращения насилия в молодежной среде, все же есть свидетельства того, что нормальные отношения с наставником способны значительно улучшить посещаемость и успеваемость в школе, снизить вероятность пристрастия к наркотикам, улучшить отношения с родителями и уменьшить асоциальное поведение подростков (161).

Терапевтический и другие подобные подходы

Терапевтический подход также находит применение в работе с семьями для предотвращения насилия в молодежной среде. Существует множество такого рода подходов, основная их цель — улучшить коммуникацию и взаимодействие между родителями и детьми и разрешать возникающие проблемы (143). Ряд программ, кроме того, нацелен на то, чтобы помочь семьям справиться с окружением, способствующим асоциальному поведению, и лучше использовать ресурсы общины. Такая помощь семье часто бывает довольно дорогой, и все же имеются доказательства, что она может быть эффективна, так как улучшает функционирование семьи и уменьшает поведенческие проблемы у детей (162–164). «Функциональная семейная терапия» (165) и «Многофункциональная терапия» (166) используются в США и показали свою безусловную и долгосрочную эффективность, сокращая число насильственных и преступных действий, совершаемых подростками — при более низких затратах, чем многие другие подобные программы (3).

Среди других мероприятий, нацеленных на установление связей, могут быть эффективными следующие:

- программы партнерства «дом-школа», направленные на более активное участие родителей в воспитании детей;
- дополнительные учебные программы, например, репетиторство.

Программы работы с молодежью, которые оказались мало эффективными в деле сокращения уровня насилия в молодежной среде (137):

- привлечение соучеников в качестве посредников для улаживания споров, возникающих среди учащихся;
- беседы со сверстниками;
- переориентация поведения молодых людей и изменение норм, сложившихся в группе — обе эти программы нацелены на то, чтобы направить энергию молодых людей на самые обычные, будничные занятия; однако они оказали негативное воздействие на отношения, поведение и успеваемость учащихся (3).

Мероприятия на уровне общины

Мероприятия, воздействующие на общинные факторы, направлены на то, чтобы поменять обстановку, в которой молодые люди общаются друг с другом. Простой пример — улучшение уличного освещения, поскольку неосвещенные участки улиц тают в себе опасность хулиганского или разбойного нападения. К сожалению, об эффективности методов на уровне общины в отношении насилия в молодежной среде известно меньше, чем об эффективности методов на индивидуальном и межличностном уровнях.

Работа полиции в общине

Работа полиции в общинах, направленная на решение особых проблем, повсюду в мире становится важным методом деятельности правоохранительных органов в борьбе с насилием в молодежной среде и с другими криминальными проблемами (167). Эта работа может принимать различные формы, но ее основными составляющими является создание духа партнерства в общине и разрешение возникающих здесь проблем (168). Например, в некоторых программах полиция сотрудничает с психиатрами, отправляя к ним тех молодых людей, которые были свидетелями насилия, подвергались насилию или совершали его (169). Сначала полиция ежедневно контактирует с молодыми жертвами и виновниками

насилия, затем проводит с ними специальный тренинг и передает информацию о них (на ранней стадии развития) психиатрам (168). Эффективность такого рода программ пока в точности не установлена, хотя этот подход кажется в общем полезным.

Программы на уровне общины проводились в Рио-де-Жанейро (Бразилия) и в Сан-Хосе (Коста-Рика) (170, 171). В Коста-Рике анализ их результатов показал, что есть признаки того, что они способствовали снижению преступности и атмосферы опасности в общине (171). Хотя необходимо провести более строгий анализ таких программ, уже и теперь ясно, что они безусловно обеспечивают защиту жителей и в какой-то мере компенсируют недостаток регулярной помощи полиции (170).

Доступность алкоголя

Еще один способ борьбы с преступностью и насилием в общине — уменьшение доступности алкогольных напитков. Как уже указывалось, алкоголь это важный ситуационный фактор, способный вызывать насилие. Влияние сокращения доступности алкоголя на уровень правонарушений было рассмотрено в исследовании, проводившемся методом продольного анализа в небольшом провинциальном районе Новой Зеландии в течение 4 лет (172). В двух экспериментальных и четырех контрольных городах сравнивались уровни серьезных уголовных преступлений (убийство и изнасилование) и других правонарушений (имущественные преступления и нарушение правил дорожного движения). Уровень обоих видов правонарушений в экспериментальных городах снизился по сравнению с уровнем по всей стране, а в контрольных городах за это время повысился. Что касается серьезных уголовных преступлений, то их уровень значительно снизился за 2 года в тех городах, где была ограничена продажа алкогольных напитков. Однако не вполне ясно, в какой мере это ограничение повлияло на насильственное поведение молодежи и насколько успешным может быть такой подход в других местах.

Факультативные занятия

Занятия спортом, живописью, музыкой, постановка спектаклей или выпуск стенгазет дают подросткам возможность участвовать в групповом творчестве и завоевывать авторитет в группе (3). Однако во многих общинах таких мероприятий либо вовсе не проводят, либо проводят мало, так

как не хватает безопасных мест, куда дети могли бы пойти по окончании уроков (173). Программы внешкольной работы как раз и предоставляют детям и подростками такую возможность. В идеале такие программы должны быть (174):

- комплексными, т. е. учитывать весь спектр факторов риска насилия и преступности в молодежной среде;
- способствующими развитию ребенка;
- продолжительными.

В Эссоре (Мапуту, Мозамбик) (175) проводится такая программа на уровне общины; она нацелена на борьбу с детской преступностью в двух кварталах, населенных семьями с низким доходом. Данная программа предназначена для лиц от 13 до 18 лет. Им предлагается участвовать в спортивных мероприятиях и организованных формах отдыха, которые предоставляют возможности для самовыражения и воспитывают коллективизм. Поддерживаются контакты с подростками путем регулярных посещений их семей. Разбор эффективности данной программы показал, что за 18 месяцев значительно снизился уровень асоциального поведения подростков, а их общение с родителями улучшилось.

Подавление организованного насилия

Борьба с организованной преступностью принимает на уровне общины различные формы. Превентивные меры включают в себя попытки ликвидировать банды или провести в общинах, где они действуют, работу по переориентации молодежи на другую, менее криминальную деятельность (106). Воспитательная и исправительная работа включает в себя помощь членам группировок и беседы с ними, а также перевод их активности в социально полезное русло (106). К сожалению, свидетельств эффективности названных программ пока мало. В Никарагуа в 1997 г. широкомасштабные действия полиции, направленные на ликвидацию банд, вначале привели к каким-то успехам, но затем проблема только обострилась (176). Попытки организовать работу общин в США, а именно в Бостоне (Массачусетс) и Чикаго (Иллинойс) не увенчались успехом — возможно потому, что общины не были достаточно сплоченными в своей работе (177). Пропагандистская работа в группировках и беседы с их членами привели к неожиданным и нежелательным последствиям — а именно к росту сплоченности этих формирований (178). В Медельине (Колумбия)

были успешно выполнены программы по привлечению членов молодежных группировок в политическую или социальную деятельность на местном уровне (179), а вот в Никарагуа и в США такие программы «новых возможностей» имели лишь частичный успех (106).

Другие методы работы

Могут оказаться эффективными другие методы работы в общинах, а именно (148, 180):

- контроль за уровнем свинца в жилищах и удаление из них токсинов, чтобы уменьшить риск поражения мозга детей, что может косвенно приводить к развитию у них склонности к насилию;
- увеличение числа дошкольных учреждений и качества их работы в целях достижения нормального развития детей и их успеваемости в школе;
- улучшение работы школ, в том числе изменение методов преподавания, школьной политики и распорядка в школах и обеспечение большей безопасности учащихся (например, установка детекторов для выявления металлических предметов или скрытых камер наблюдения);
- прокладывание для детей удобных и безопасных дорожек в школу и из школы и осуществление других подобных мероприятий в общине.

Система здравоохранения может внести существенный вклад в борьбу с молодежным насилием и в его предотвращение путем:

- совершенствования методов работы служб по чрезвычайным ситуациям;
- улучшения доступа к услугам здравоохранения;
- подготовки медицинского персонала, способного выявлять молодых людей из групп риска и работать с ними.

Одна мера по борьбе с насилием в молодежной среде определенно показала себя малоэффективной, а именно выдача денег в обмен на сданное в полицию или в иное учреждение огнестрельное оружие (так называемые программы по выкупу оружия). Согласно некоторым данным в полицию часто сдавалось оружие, отличающееся от того, которое обычно используется молодыми людьми при совершении убийств (3).

Мероприятия на уровне общества в целом

Изменение социальной и культурной обстановки — это тот метод, который меньше всего используется для предотвращения насилия в молодежной среде. Он состоит в уменьшении экономических или социальных барьеров для развития личности. При этом, например, предоставляется работа молодежи и совершенствуется уголовное законодательство; кроме того, ведется борьба за изменение устоявшихся культурных норм, которые поощряют насилие.

Борьба с бедностью

Политика, направленная на уменьшение масштабов бедности в городских районах, может быть вполне успешной и в борьбе с насилием в молодежной среде. Это было доказано в эксперименте по переселению и улучшению жилищных условий, который проводился в штате Мэриленд (США) под названием «Moving To Opportunity» (181). При анализе эффективности данной программы все семьи, проживавшие в бедных кварталах города Балтимор, были разделены на три группы:

- получавшие пособия, консультации и иные виды помощи только в случае их переезда в другие, не такие бедные районы;
- получавшие пособия, но не имевшие ограничений по переезду;
- не получавшие специальных видов помощи.

Было выяснено, что предоставление семьям возможности переехать в лучшие районы существенно снижает уровень насилия среди подростков (181). Однако механизм влияния места жительства и групп сверстников на уровень насилия в молодежной среде пока не слишком понятен, поэтому неясно и значение переселения из бедных районов.

Борьба с использованием оружия в молодежной среде

Изменение социальной обстановки таким образом, чтобы огнестрельное и другие виды особо опасного для жизни оружия не попадали в руки детей и безнадзорной молодежи, может серьезно сократить уровень смертности молодежи в результате насилия. Молодые люди, которые не имеют права владеть оружием, все-таки стараются сохранить его. Одним оружием нужно, чтобы намеренно

совершить преступление, тогда как другие (чья способность к суждению ослаблена действием алкоголя или наркотиков) могут совершить преступление по неосторожности.

Во многих странах все способы приобретения молодыми людьми оружия незаконны. Вот почему более строгое соблюдение действующего законодательства, регулирующего незаконное распространение оружия, может значительно сократить масштабы вооруженных форм насилия среди подростков (182). Хотя об эффективности такого подхода пока известно мало.

Другой подход к решению этого вопроса состоит в легализации владения огнестрельным оружием и в строгом контроле за его безопасным и надежным хранением. Это может ограничить доступ молодежи к оружию, так как будет труднее вынести его из дома или украсть. Кража — это первый источник появления оружия на черном рынке и самый простой для молодежи способ приобрести оружие (182, 183). В будущем хорошей стратегией в борьбе с незаконным доступом к оружию детей и подростков может стать разработка «умного» оружия, которое не срабатывает, если кто-то, помимо его законного владельца, пробует воспользоваться им (184). Такое оружие может действовать по принципу распознавания отпечатков ладони или только находясь рядом с кобурой; у него также может быть специальное кольцо для подготовки к стрельбе.

Рассматривались и другие мероприятия, направленные на контроль над незаконным владением оружием. В 1977 году в Вашингтоне (округ Колумбия, США) был введен ограничительный закон, запрещающий владеть оружием всем, кроме сотрудников полиции, охранников и лиц, которые его уже имели. Вскоре после введения закона случаи убийств и самоубийств с применением огнестрельного оружия сократились на 25% (185). Однако влияние этого закона на сокращение масштабов насилия с применением огнестрельного оружия среди молодежи неизвестно. В Кали и в Боготе (Колумбия) в течение 1990-х годов ношение оружия было запрещено в периоды, которые характеризовались наибольшим числом убийств (186), а именно в выходные дни после выдачи заработной платы, выходные дни, примыкавшие к праздникам, и дни выборов. В результате уровень убийств в эти периоды действительно снизился (186). Авторы исследо-

вания предположили, что для предотвращения убийств может быть полезно вводить время от времени запреты на ношение оружия в масштабах всего города, в особенности в районах мира с очень высоким уровнем убийств.

Другие подходы

Многие подходы, учитывающие социально-экономические и культурные факторы, потенциально эффективные для предотвращения насилия в молодежной среде, до сих пор не были должным образом оценены. Они включают в себя (148, 170):

- информационные кампании, целью которых является изменение сложившихся социальных норм и содействие благоприятному социальному поведению;
- попытки сократить масштабы изображения насилия в средствах массовой информации;
- программы по сокращению неравенства доходов;
- мероприятия по смягчению последствий быстрых социальных перемен;
- совершенствование работы полиции и судебной системы;
- институциональная реформа системы образования.

Как следует из обзора факторов риска насилия и методов его предотвращения, насилие в молодежной среде вызывается сложным взаимодействием многих факторов, и подход к этой проблеме также должен быть многосторонним. Как показывает весь предшествующий материал, существует ряд факторов, причем часть их относится к личности, часть к семье и часть к социальному окружению, которые увеличивают вероятность появления у человека склонности к агрессии и насилию в детстве, в подростковом возрасте и в юности. В идеальном случае программы должны рассматривать все системы, влияющие на молодежь (личность, семья, община и общество), и обеспечивать проведение непрерывной цепи мероприятий на всех стадиях развития человека. Такие программы могут влиять на совместно проявляющиеся факторы риска, такие как низкая успеваемость, подростковая беременность, «опасный» секс (без применения средств предохранения) и употребление наркотиков и таким образом учитывать потребности молодежи во многих сферах ее жизни.

Рекомендации

Смертность и телесные повреждения в результате насилия в молодежной среде представляют собой серьезную проблему для здравоохранения во многих районах мира. Значительные различия в масштабах этой проблемы отмечаются как внутри стран, так и между странами и районами мира. Существует широкий спектр реальных и жизнеспособных методов предотвращения насилия в молодежной среде, причем часть их показала себя довольно эффективными. Однако каждый из этих методов сам по себе едва ли достаточен для сокращения того бремени, которое несет с собой насилие. Здесь требуется применять многосторонние подходы, и надо, чтобы они полностью соответствовали условиям именно того места, где предполагается их осуществление. Ведь то, что принесет успех в предотвращении насилия в молодежной среде в Дании, не обязательно будет столь же успешным в Колумбии или в ЮАР.

За последние два десятилетия удалось многое понять в природе и причинах насилия в молодежной среде и в том, как предотвращать его. Хотя эти знания основаны по преимуществу на изучении положения в развитых странах, с их помощью можно разрабатывать успешные программы по предотвращению насилия в молодежной среде повсюду в мире. И все-таки о предотвращении этого зла предстоит узнать еще очень многое. Мы надеемся, что нижеследующие рекомендации, которые опираются на современный уровень знаний, при правильном их внедрении на практике будут способствовать как лучшему пониманию природы насилия в молодежной среде, так и более эффективному его предотвращению.

Создание систем сбора информации

Создание информационных систем для постоянного наблюдения за тенденциями насильственного поведения, за числом телесных повреждений и смертных случаев должно стать основой усилий по предотвращению насилия. Такие данные предоставят ценную информацию как для формулирования государственной политики и разработки государственных программ, направленных на предотвращение насилия в молодежной среде, так и для оценки эффективности такой политики и таких программ. Методы наблюдения за состоянием насилия в молодежной среде должны быть

просты, чтобы их можно было использовать в самом разном культурном пространстве. В этой связи приоритет должен быть отдан следующим положениям.

- Следует разработать и использовать на практике единую систему показателей и критериев для определения и измерения насилия в молодежной среде. Такая система должна включать в себя возрастные характеристики, чтобы можно было точно измерить риск для молодых людей разных возрастных групп оказаться в роли жертвы преступления или преступника.
- Следует отдавать приоритет системам, позволяющим вести наблюдение за смертностью в результате насилия в тех регионах, где к настоящему времени сведения об убийствах либо недостаточны, либо отсутствуют. К таким регионам относятся Африка, Юго-Восточная Азия и Восточное Средиземноморье, а также Северная и Южная Америка и страны Тихоокеанского региона, в особенности беднейшие части двух последних регионов.
- Параллельно с наблюдениями следует рассчитывать соотношение числа телесных повреждений со смертельным исходом и без смертельного исхода, с разбивкой по видам нападения и с учетом возраста и пола жертвы. Вся эта информация затем может быть использована для оценки масштабов насилия в молодежной среде там, где статистической информации мало, например есть только самые общие сведения об уровне смертности или заболеваемости населения.
- Следует добиваться того, чтобы все страны и регионы мира создавали у себя такие центры, где бы сопоставлялась и сравнивалась текущая информация, поступающая из учреждений здравоохранения (включая отделения скорой медицинской помощи), из полиции и из других государственных учреждений. Результаты такой работы существенно облегчили бы разработку и реализацию программ по предотвращению насилия.

Расширение масштабов научных исследований

Качественные и количественные результаты научных исследований, посвященных насилию в

молодежной среде, являются важнейшими элементами рациональной и эффективной политики, направленной на решение данной проблемы. Хотя наука продвинулась достаточно далеко в понимании сущности насилия, все еще остаются большие белые пятна. Чтобы их заполнить, нужно:

- исследовать особенности групп населения, принадлежащих к различным культурам, чтобы понять, почему уровень насилия различается в разных районах мира;
- сравнить достоверность различных видов информации и преимущество их использования: данных официального текущего учета, медицинской статистики и данных, полученных от участников выборочных обследований населения;
- провести сравнение молодых людей, которые совершают преступления, с теми, кто не участвует в насилии и преступлениях;
- определить какие факторы риска оказывают специфическое воздействие на динамику насильственных преступлений, совершаемых лицами разного возраста, т. е. на их рост, снижение, отсутствие изменений или полное исчезновение;
- выявить факторы, которые предотвращают насилие в молодежной среде;
- исследовать участие девушек в актах насилия в молодежной среде;
- исследовать этнические и культурные влияния на проявление насилия в молодежной среде;
- исследовать методом продольного анализа широкий спектр факторов риска и защитных факторов в целях получения более углубленного представления о путях, ведущих к насилию в молодежной среде;
- понять, в каком направлении нужно изменить социальные и макроэкономические факторы, чтобы уменьшить масштабы насилия в молодежной среде.

В дополнение к названным главным научно-исследовательским программам необходимо:

- произвести оценку совокупных издержек, которые несет общество в результате актов насилия в молодежной среде, с тем чтобы лучше оценить рентабельность программ по предотвращению насилия и ликвидации его последствий;

- создать учреждения, которые смогут организовывать, координировать и финансировать исследования по насилию в молодежной среде на глобальном уровне.

Разработка программ по предотвращению насилия

До настоящего времени основная часть средств, направляемых на предотвращение насилия, использовалась для проведения не прошедших должной проверки программ. Многие из таких программ, кроме того, были основаны на сомнительных посылах и реализованы без должной последовательности и контроля. Чтобы более эффективно предотвращать насилие в молодежной среде, необходимо прежде всего систематически проводить оценку эффективности каждого проведенного мероприятия. В частности, более глубокого изучения требуют следующие аспекты, связанные с предотвращением насилия в молодежной среде:

- насколько длительный эффект оказывают мероприятия, проводимые в период младенчества и детства (исследование методом продольного анализа);
- как проводимые мероприятия влияют на изменение социальных факторов, связанных с насилием в молодежной среде — таких как неравенство доходов и широкое распространение бедности;
- экономическая эффективность программ, направленных на предотвращение насилия.

Требуется разработка надежных стандартов для оценки эффективности программ по предотвращению насилия в молодежной среде. Такие стандарты должны включать:

- осуществление пробного проекта;
- получение статистически значимого сокращения уровня насилия или уменьшения числа телесных повреждений в результате насилия;
- повторяемость результатов в разных районах и в разных культурных контекстах;
- подтверждение устойчивости результатов в течение длительного времени.

Распространение знаний

Следует прилагать больше усилий для применения на практике того, что удалось узнать о причи-

нах насилия в молодежной среде и о его предотвращении. Пока же среди практических работников и политиков во всем мире такая информация распространяется с большим трудом, главным образом вследствие неудовлетворительной инфраструктуры коммуникационных систем. В этой связи значительно большее внимание нужно обратить на следующее.

- Создание глобальной сети организаций, которые занимались бы распространением и обменом информацией, подготовкой кадров и технической помощью.
- Выделение средств для внедрения Интернета. В тех районах, где это затруднительно, следует заняться внедрением иной, неэлектронной формы распространения информации.
- Создание международных центров анализа и синтеза имеющихся данных для выявления актуальной информации во всех регионах мира, в особенности из мало известных источников, а затем ее распространения.
- Определение наиболее эффективных путей реализации методов предотвращения насилия в молодежной среде. Простого знания того, какие методы доказали свою эффективность, еще недостаточно для успешного их внедрения.
- Сочетание (там, где это возможно), программ по предотвращению насилия в молодежной среде с программами по предотвращению жестокого обращения с детьми и иных форм насилия в семье.

Заключение

Объем информации о причинах насилия и о его предотвращении быстро растет, и столь же быстро растет спрос на эту информацию. Чтобы удовлетворить этот огромный и все возрастающий спрос, нужно направлять больше средств на совершенствование механизма наблюдения за насилием в системе здравоохранения, на проведение всех необходимых научных исследований и на создание глобальной инфраструктуры по распространению и воплощению в жизнь полученных знаний. Если мир сможет предоставить необходимые средства для борьбы с насилием в молодежной среде, в обозримом будущем оно станет рассматриваться как проблема здравоохранения, возникновение которой вполне можно предотвратить.

Библиография

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104–111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document TDR/ GEN/96.1).
3. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:114–292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 24:160–166.
6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433–441.
10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737–1740.
11. Phillips R. *The economic cost of homicide to a South African city* [Dissertation]. Cape Town, University of Cape Town, 1999.
12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992–1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407–410.
13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69–75.
14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236–268.

15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666–670.
16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965–94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111–115.
17. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87:298–301.
21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1:26–30.
22. Odero WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72:706–760.
23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence: an analysis of data from the injury registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2000, 120:714–717.
25. Tercero DM. *Características de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas. [Characteristics of patients with intentional injuries, attended to in the Mario Catarino Rivas Hospital.]* San Pedro Sula, Honduras, Secretary of Health, 1999.
26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmology*, 1998, 95:332–343.
27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighbourhood safety: a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9:11–15.
28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. *Injury surveillance at Maputo Central Hospital*. Abstract for XIth Day of Health, June 2001. Maputo, 2001.
29. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. [Victimization through violence: levels and associated factors in Latin American and Spanish towns.] *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1999, 5:4–5.
30. National Referral Centre for Violence. *Forensis 1999: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia. [Forensis 1999: data for life A tool for interpreting, acting against and preventing violence in Colombia.]* Santa Fe de Bogotá, National Institute of Legal Medicine and Forensic Science, 2000.
31. Peden M. Non-fatal violence: some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8:10–12.
32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:3–9 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94:1017–1031.
34. Clermense A. Violence and incivility at school: the situation in Switzerland. In: Debarbieux E, Blaya C, eds. *Violence in schools: ten approaches in Europe*. Issyles-Moulineaux, Elsevier, 2001:163–179.
35. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5:282–298.
38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 1997, 89:146–149.
39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools: a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18:141–169.
40. Currie C, ed. *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Bergen, University of Bergen, 1998.
41. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII: violent behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83:490–494.

43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland: schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:982–984.
44. Mooij T. *Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag: evaluatie van de campagne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs. [Safe schools and positive social behaviour: an evaluation of the «Safe schools» campaign in continuing education.]* Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S):3–14.
46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103:1593–1620.
47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency.* Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44:119–177.
50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. Serious and violent juvenile offenders. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions.* Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:13–29.
52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100:674–701.
53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15:47–65.
54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions.* Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:68–85.
55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13:197–212.
57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few.* Washington, DC, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
58. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions.* Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth.* New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
61. Agnew R. The origins of delinquent events: an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27:267–294.
62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:225–241.
63. Wikström POH. *Everyday violence in contemporary Sweden.* Stockholm, National Council for Crime Prevention, 1985.
64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences.* Washington, DC, National Academy Press, 1994:377–570.
65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence: evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27:437–453.
66. Hamparian DM et al. *The violent few: a study of dangerous juvenile offenders.* Lexington, MA, DC Heath, 1978.
67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29:519–529.
68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: Hodgins S, ed. *Mental disorder and crime.* Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:244–261.
69. Denno DW. *Biology and violence: from birth to adulthood.* Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
70. Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder.* San Diego, CA, Academic Press, 1993.

71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44:668–674.
72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16:245–256.
73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A et al., eds. *Biosocial bases of violence*. New York, NY, Plenum, 1997:89–105.
74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality–crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32:163–195.
76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15:381–388.
77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. In: Milner JS, ed. *Neuropsychology of aggression*. Boston, MA, Kluwer, 1991:131–146.
80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104:614–624.
81. Dahlberg L. Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:259–272.
82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37:1477–1486.
83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KJ, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:169–188.
84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244:160–166.
85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114:68–79.
86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.
87. McCord J. Family as crucible for violence: comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:147–152.
88. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35:45–93.
90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31:137–162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:115–129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses: the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7:43–62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. [Violent behaviour among adolescents: identifying risk factors to design prevention programmes.] In: Pimentel Sevilla C, ed. *Violencia, familia y niñez en los sectores urbanos pobres. [Violence, the family and childhood in poor urban sectors.]* Lima, Cecosam, 1995:135–154.
95. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. [Physical violence and social class.] *Revista de Saúde Pública*, 1999, 33:180–186.
96. Hogh E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953–1977. In: van Dusen KT, Mednick SA, eds. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1983:249–267.
97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:106–146.

98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for «children left behind» by AIDS*. Geneva, UNAIDS, 1999 (available on the Internet at <http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young>).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82:360–395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior: temporal and developmental patterns. In: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:28–67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997.
102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:1–9.
103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:10–36.
104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24:9–24.
105. de Souza Minayo MC. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania. [Fast talker, show-off: youth, violence and citizenship.]* Rio de Janeiro, Garamond, 1999.
106. Rodgers D. *Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey*. Washington, DC, World Bank, 1999 (LCR Sustainable Development Working Paper, No. 4).
107. Lederman D, Loayza N, Menéndez AM. *Violent crime: does social capital matter?* Washington, DC, World Bank, 1999.
108. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, World Bank, 1998.
109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. In: *World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints*. Washington, DC, World Bank, 1997:1–53.
110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20:578–597.
111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257–277.
112. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, World Bank, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et démographie en Afrique. [Youth and demography in Africa.] In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles) [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries)]* Paris, L'Harmattan, 1992:66–82.
114. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization (in collaboration with the United Nations Children's Fund), 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).
115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Sénégal: crise de l'école, crise de l'autorité? [The school crisis in Senegal: a school crisis or a crisis of authority?] In: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles) [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries)]* Paris, L'Harmattan, 1992:407–439.
116. Rarrbo K. *L'Algérie et sa jeunesse: marginalisations sociales et désarroi culturel. [Algeria and its youth: social marginalization and cultural confusion.]* Paris, L'Harmattan, 1995.
117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. In: Hazlehurst K, Hazlehurst C, eds. *Gangs and youth subcultures: international explorations*. New Brunswick, NJ, Transaction, 1998.
118. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
119. Messner SF. Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.
120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
122. Noronha CV et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. [Violence, ethnic groups and skin color: a study on differences in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil.] *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5:268–277.

123. Sanjuán AM. Juventude e violência em Caracas: paradoxos de um processo de perda da cidadania [Youth and violence in Caracas: the paradoxes of a loss of citizenship.] In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana. [São Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.]* Rio de Janeiro, Garamond, 1998:155–171.
124. Aitchinson J. Violência e juventude na África do Sul: causas, lições e soluções para uma sociedade violenta. [Violence and youth in South Africa: causes, lessons and solutions for a violent society.] In: Pinheiro PS, ed. *São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana. [São Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.]* Rio de Janeiro, Garamond, 1998:121–132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11:243–260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: a crossnational application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75:1393–1416.
127. Centerwall BS. Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3059–3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2:1–58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:643–652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. In: Williams TM, ed. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986:303–360.
131. Williams TM. *The impact of television: a natural experiment in three communities*. New York, NY, Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109:307–326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21:516–546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. *Television and the aggressive child: a cross-national comparison*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttischreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31:147–164.
136. Bedoya Marín DA, Jaramillo Martínez J. *De la barra a la banda. [From football supporter to gang member.]* Medellín, El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271–292.
138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15:375–385.
139. Berrueta-Clement JR et al. *Changed lives: the effects of the Perry preschool program on youth through age 19*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool project study through age 27*. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1993.
141. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50:226–233.
143. Guerra NG, Williams KR. *A program planning guide for youth violence prevention: a risk-focused approach*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.
144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
145. Howell JC, Bilchick S, eds. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
146. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. *Human development and violence prevention: a focus on youth*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.
149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project:

- long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79–104.
150. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH. Effects of a family support intervention: a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56:376–391.
 151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
 152. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287–303.
 153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71–90.
 154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4:1.
 155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139–168.
 156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys Eugene*, OR, Castalia, 1992.
 157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30:208–217.
 158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, NY, Guilford, 1992:117–138.
 159. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits*. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
 160. Mihalic SF, Grotmeter JK. *Big Brothers/Big Sisters of America*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).
 161. Grossman JB, Garry EM. *Mentoring: a proven delinquency prevention strategy*. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).
 162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. In: Cook TD et al., eds. *Meta-analysis for explanation: a casebook*. New York, NY, Russell Sage Foundation, 1992:129–208.
 163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101:428–442.
 164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45:469–474.
 165. Aos S et al. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: a review of national research findings with implications for Washington state*. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
 166. Henggler SW et al. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY, Guilford, 1998.
 167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, MA, Ballinger, 1977.
 168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention *Bridging the child welfare and juvenile justice systems*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1995.
 169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:312–347.
 170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.
 171. Jarquin E, Carrillo F. *La económica política de la reforma judicial. [The political economy of judicial reform.]* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
 172. Kraushaar K, Alsop B. *A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime*. Washington, DC, Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).
 173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. *Violence in American schools*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:348–375.

174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20:4–5.
175. Babotim F et al. *Avaliação 1998 do trabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moçambique. [1998 Evaluation of work undertaken by Essor with adolescents from two districts in Maputo, Mozambique.]* Maputo, Essor, 1999.
176. Rodgers D. *Living in the shadow of death: violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua* [Dissertation]. Cambridge, University of Cambridge, 1999.
177. Finestone H. *Victims of change: juvenile delinquency in American society*. Westport, CT, Greenwood, 1976.
178. Klein MW. *A structural approach to gang intervention: the Lincoln Heights project*. San Diego, CA, Youth Studies Center, 1967.
179. Salazar A. Young assassins in the drug trade. *North American Conference on Latin America*, 1994, 27:24–28.
180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41:266–284.
181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime: evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 116:655–680.
182. Sheley JF, Wright JD. *Gun acquisition and possession in selected juvenile samples*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1993.
183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. In: Smith MD, Zahn MA eds. *Studying and preventing homicide: issues and challenges*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999:246–273.
184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer:37–40.
185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.
186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.

ГЛАВА 3

Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей и других воспитателей

Предварительные сведения

В литературе, искусстве и науке во многих странах давно фиксируются случаи жестокого обращения с детьми. Сообщения об убийстве новорожденных, оставлении детей, увечьях и о других формах насилия над детьми дошли до нас из древности (1). Из истории известны сведения о детях — запущенных, ослабленных, недоедавших, изгнанных из семей и вынужденных самостоятельно добывать себе пропитание и о детях, которые подверглись сексуальному насилию.

Давно существуют также филантропические и другие группы, которые обеспокоены благополучием детей и выступают в их защиту. Тем не менее, вопрос не привлекал широкого внимания врачей и представителей общественности до опубликования в 1962 г. основополагающей работы Кемпа и др. «Синдром избитого ребенка» (2).

Термин «синдром избитого ребенка» был использован для того, чтобы охарактеризовать клинические проявления серьезного физического насилия над детьми младшего возраста (2). Сейчас, сорок лет спустя, имеются явные доказательства того, что жестокое обращение с детьми стало глобальной проблемой. Оно проявляется в разнообразных формах и глубоко укоренилось в культурных, экономических и социальных нормах. Чтобы решить эту глобальную проблему, нужно хорошо понимать причины ее появления в тех или иных обстоятельствах, а также последствия, которые она влечет за собой.

Определение жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них

Культурные факторы

Любой глобальный подход к жестокому обращению с ребенком должен учитывать, что в разных культурах существуют разные представления о норме родительского поведения. Культура — это общий фонд общества, который включает в себя верования людей, разные виды поведения и представления о том, как людям следует вести себя. Среди этих представлений также идеи о том, какие виды действия или бездействия могут расцениваться как жестокое обращение и отсутствие заботы (3, 4). Другими словами, культура помогает определить общепринятые принципы воспитания и ухода за детьми.

Разные культуры имеют разные взгляды на то, что допустимо в поведении родителей. Некоторые

исследователи отмечают, что точки зрения на воспитание детей в разных культурах могут расходиться до такой степени, что иногда чрезвычайно сложно достичь согласия относительно того, какие действия считать жестоким обращением, а какие — отсутствием заботы (5, 6). Определения различными культурами жестокого обращения скорее подчеркивают частные аспекты поведения родителей. Но большинство культур едино в том, что нельзя допускать жестокого обращения с ребенком; существует фактическое единодушие в том, что касается жестоких мер наказания и сексуального насилия (7).

Виды жестокого обращения

«Международное общество по предотвращению насилия над детьми и отсутствия заботы о них» недавно сравнило определения жестокого обращения в 58 странах и обнаружило в них некоторые общие места (7). В 1999 г. Совещание ВОЗ по предупреждению насилия над детьми составило следующее определение (8): «Жестокое или плохое обращение с ребенком — это все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговля или другие формы эксплуатации, способные привести или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти».

Некоторые определения фокусируются на видах поведения или действиях взрослых, а согласно другим жестокое обращение имеет место, когда существует ущерб или угроза нанесения ущерба ребенку (8–13). Различие между поведением — без учета его последствий — и воздействием или ущербом может привести к путанице, если включать в определение родительское намерение. Некоторые специалисты считают подвергшимися насилию в том числе и тех детей, которым родители нанесли ущерб неосторожно, тогда как другие настаивают, что ущерб ребенку должен быть причинен намеренно, чтобы действия родителей квалифицировались как жестокие.

В некоторых публикациях по жестокому обращению с ребенком четко говорится о насилии над детьми в учреждениях и школах (14–17).

Приведенное выше (8) определение охватывает широкий спектр разновидностей жестокого об-

ращения. В этой главе мы сначала обратимся к актам преступного действия или бездействия родителей или воспитателей, которые приводят к ущербу для ребенка. В частности, будет выявлена степень распространенности, причины и следствия четырех видов плохого обращения с детьми воспитателей, а именно:

- физическое насилие;
- сексуальное насилие;
- эмоциональное насилие;
- отсутствие заботы.

Физическое насилие над ребенком определяется как действия со стороны воспитателя, которые фактически причиняют физический вред или могут его причинить. Сексуальное насилие имеет место, когда воспитатель использует ребенка для получения сексуального удовлетворения.

Под эмоциональным насилием имеется в виду неспособность воспитателя обеспечить подходящую для ребенка, доброжелательную атмосферу; оно включает действия, оказывающие неблагоприятное влияние на эмоциональное здоровье и развитие ребенка: это ограничение его движения, оскорбление, осмеяние, угрозы и запугивание, дискриминация, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения.

Отсутствием заботы является неспособность родителя обеспечить развитие ребенка — там, где он обязан это сделать — в следующих аспектах (одном или более): здоровье, образование, эмоциональное развитие, питание, кров и безопасные условия проживания. Отсутствие заботы, таким образом, отличается от проживания в бедности: оно может иметь место только в тех случаях, когда у семьи или у воспитателя имеются в наличии некоторые средства. Проявления всех перечисленных видов жестокого обращения описываются во вставке 3.1.

Масштабы проблемы **Насилие с летальным исходом**

Информация о количестве детей, умирающих ежегодно в результате жестокого обращения, поступает из свидетельств о смерти или данных о смертности. В 2000 г. Всемирной организацией здравоохранения было установлено 57 000 случаев убийств детей до 15 лет. Глобальные оценки убийств детей показывают, что младенцы и самые маленькие дети подвергаются наибольшему риску, при этом показатели для группы от 0 до 4 лет вдвое

превышают показатели для группы от 5 до 14 лет (см. Статистическое приложение).

Риск насилия с летальным исходом зависит от уровня дохода страны и от региона мира. Для детей до пятилетнего возраста, проживающих в странах с высоким доходом, уровень убийств составляет 2,2 случая на 100 000 мальчиков и 1,8 случая на 100 000 девочек. В странах с низким или средним уровнем дохода показатели в 2–3 раза выше: 6,1 случая на 100 000 мальчиков и 5,1 случая на 100 000 девочек. Самые высокие показатели убийств детей до 5 лет обнаружены в Африканском регионе ВОЗ: 17,9 на 100 000 мальчиков и 12,7 на 100 000 девочек. Самые низкие показатели отмечены в странах с высоким уровнем доходов в следующих регионах ВОЗ: Европа, Восточное Средиземноморье и Западно-Тихоокеанский регион (см. Статистическое приложение).

Однако многие случаи детской смертности не расследуются в обычном порядке; не проводятся также посмертные обследования, что затрудняет установление точных данных о смертности от жестокого обращения с детьми в той или иной стране. Даже в богатых странах существуют проблемы с четким распознаванием случаев убийства новорожденных и определением количества таких случаев. Высокий уровень неправильной классификации причин смерти на основании свидетельств о смерти был обнаружен, например, в нескольких штатах США. Смертные случаи, отнесенные к другим причинам — например, к синдрому внезапной смерти младенца или к несчастным случаям — как обнаруживалось при повторном исследовании, часто оказывались убийствами (18, 19).

Несмотря на большое количество неправильных классификаций, все согласны с тем, что случаи жестокого обращения со смертельным исходом встречаются гораздо чаще, чем это следует из официальных данных по каждой стране, где были проведены расследования смертей младенцев (20–22). Наиболее типичной причиной смерти детей в результате жестокого обращения является травма головы, за ней следуют ранения брюшной полости (18, 23, 24). Часто сообщают также о преднамеренном удушении как причине смерти (19, 22).

Насилие без летального исхода

Данные о насилии без летального исхода и об отсутствии ухода за детьми поступают из разных источ-

ВСТАВКА 3.1**Проявления насилия и отсутствия заботы о ребенке**

Травмы, наносимые воспитателем ребенку, могут быть разными. Серьезное ухудшение здоровья или смерть в результате жестокого обращения чаще всего являются следствием травмы головы или травмы внутренних органов. Травмы головы как результат насилия — наиболее широко распространенная причина смерти у детей младшего возраста, поскольку дети в первые два года жизни наиболее уязвимы. Кожные повреждения могут быть явными признаками жестокого обращения. Признаки жестокого обращения включают множественные переломы на разных стадиях заживления, переломы костей, которые очень редко бывают «нормальными», характерные переломы ребер и длинных костей.

Младенцы, получившие травмы в результате сотрясений

«Сотрясение» является преобладающей формой жестокого обращения, которому подвергаются маленькие дети. Возраст большинства таких детей — менее 9 месяцев. В основном виновники такого жестокого обращения — мужчины, хотя это может отражать тот факт, что мужчины, будучи в среднем сильнее женщин, применяют больше силы, а не то, что они более склонны, чем женщины, к такому виду жестокого обращения. Внутричерепные кровотечения, кровоизлияния в сетчатку и мелкие «осколочные» переломы крупных суставов детских конечностей могут явиться результатом очень быстрого встряхивания младенца. Они также могут быть следствием сочетания встряхивания и удара головы о поверхность. Согласно некоторым оценкам около одной трети младенцев, подвергшихся сильному встряхиванию, умирает, а большинство выживших долго страдает от таких последствий, как умственная отсталость, церебральный паралич и слепота.

Избитые дети

Одним из синдромов насилия над ребенком — «избитый ребенок». Этот термин обычно применяется к детям, имеющим повторные очень сильные травмы кожи, скелета или нервной системы. Он относится к детям с множественными переломами различного срока, травмами головы и тяжелыми травмами внутренних органов с признаками повторного нанесения. Такие случаи трагичны, но, к счастью, встречаются редко.

Сексуальное насилие

Дети могут быть осмотрены специалистом из-за обеспокоенности их физическим состоянием или поведением, которые при дальнейшем обследовании оказываются результатом сексуального насилия. У детей, подвергшихся сексуальному насилию, обычно бывают симптомы инфекций, генитальные травмы, боли в брюшной полости, запоры, хронические или рецидивирующие инфекции мочевых путей или нарушения поведения. Чтобы выявить сексуальное насилие, нужно обладать высокой степенью бдительности и знать вербальные, поведенческие и физические показатели насилия. Многие дети сами рассказывают воспитателю или другим людям о совершенном над ними насилии, но его можно обнаружить также по косвенным физическим или поведенческим признакам.

Отсутствие заботы

Отсутствие заботы о ребенке проявляется в разных формах, включая несоответствие рекомендациям по уходу, неспособность найти соответствующий метод лечения, лишение пищи, приводящее к голоду, и физическое неблагополучие ребенка. Другие причины для беспокойства включают доступ детей к наркотикам и неадекватная защита от окружающих опасностей. Зброшенность, недостаточный контроль, отсутствие гигиены и лишение образования — все это также считается доказательством отсутствия заботы.

ников, включая официальную статистику, истории болезней и исследования, проводимые среди населения. Эти источники различаются по их полезности для описания полного масштаба проблемы.

Официальная статистика обычно может выявить небольшое относительно моделей жестокого обращения с детьми. Отчасти это происходит потому, что во многих странах не существует законодательных или социальных систем, обязанных регистрировать жалобы о жестоком обращении и об отсутствии заботы о ребенке и реагировать на них (7). Кроме того, юридические и культурные определения жестокого обращения и отсутствия заботы в разных странах разные. Есть также свидетельства того, что властям сообщают только о незначительном числе случаев плохого обращения с детьми, даже если некоторые органы обязаны об этом отчитываться (25).

Во многих странах были опубликованы материалы о случаях жестокого обращения с детьми. Они имеют большое значение для принятия мер на местном уровне против насилия над детьми и для повышения сознательности и заинтересованности общественности и профессионалов (26–32). На основе этих материалов можно выявить сходство в опыте разных стран и выдвинуть новые гипотезы. Однако они не особенно полезны при оценке относительной важности возможного риска или защитных факторов в различных культурных контекстах (35).

Обследования населения необходимы для определения истинного масштаба насилия над детьми. Недавно обследования такого рода были проведены в следующих странах: Австралия, Бразилия, Канада, Чили, Китай, Коста-Рика, Египет, Эфиопия, Индия, Италия, Мексика, Новая Зеландия, Никарагуа, Норвегия, Филиппины, Республика Корея, Румыния, ЮАР, США и Зимбабве (12, 14–17, 26, 34–43).

Физическое насилие

Оценки физического насилия над детьми, полученные из обследований населения, сильно отличаются друг от друга. В 1995 г. в США опрашивали родителей, как они наказывают своих детей (12). В результате был получен уровень физического насилия 49 случаев на 1000 детей, причем учитывались следующие виды поведения: удар ребенка каким-нибудь предметом не по ягодицам, пинки, избивание и угроза ребенку ножом или оружием.

Имеющиеся в наличии исследования позволяют предположить, что уровень физического насилия над детьми в других странах не ниже, а может быть даже и выше, чем в США. Недавно были получены следующие данные, касающиеся некоторых стран мира.

— При обследовании детей из всех слоев населения в Египте 37% сообщили об избивании или связывании их родителями, а 26% — о переломах, потере сознания или о постоянном нездоровье как результате избивания или связывания (17).

— В Республике Корея при последнем обследовании родителей и их поведения в отношении своих детей две трети из них признали, что секли розгами своих детей, а 45% подтвердили, что ударяли, пинали или били их (26).

— При проведении обследования домашних хозяйств в Румынии 4,6% детей сообщали о том, что они страдают от постоянного жестокого физического обращения, включая удары предметами, прижигание или лишение пищи. Приблизительно половина румынских родителей отмечали, что бьют своих детей «регулярно», причем 16% — при помощи предметов (34).

— В Эфиопии 21% городских школьников и 64% сельских школьников сообщали о синяках или опухолях на теле, являющихся результатом родительского наказания (14).

Данные, более удобные для сравнения, предоставляет проект «Всемирное исследование плохого обращения в семье» («WorldSAFE»), который является плодом международного сотрудничества. Исследователи из Чили, Египта, Индии и Филиппин составили общий протокол образцов материнского поведения в каждой стране для установления сопоставимых уровней грубых и более умеренных форм наказания ребенка. Говоря более конкретно, исследователи измерили частоту наказаний детей родителями, не квалифицируя грубое наказание как насилие, а используя «шкалу конфликтной тактики “родитель — ребенок”» (9–12, 40). В исследованиях данного проекта были также собраны другие данные для определения риска насилия и факторов, защищающих от него.

Таблица 3.1 представляет данные, полученные в четырех странах, включенных в исследование проекта, об относительном количестве разных случаев наказания, о которых сообщают сами родители. В каждой стране задавались вопросы, сформулированные одинаковым образом. Ре-

ТАБЛИЦА 3.1
Уровень физических наказаний детей в грубой или более умеренной форме за последние шесть месяцев по сообщениям матерей, исследование WorldSAFE

Тип наказания	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Тяжелые физические наказания					
Удары предметом (не по ягодицам)	4	26	36	21	4
Пинки	0	2	10	6	0
Нанесение ожогов	0	2	1	0	0
Избиение	0	25	— ^б	3	0
Угроза ножом или оружием	0	0	1	1	0
Удушение	0	1	2	1	0
Умеренные физические наказания					
Шлепки рукой по ягодицам	51	29	58	75	47
Удары предметом по ягодицам	18	28	23	51	21
Пощечины или оплеухи	13	41	58	21	4
Таскание за волосы	24	29	29	23	— ^б
«Встряхивание» ^с	39	59	12	20	9
Удары суставами пальцев	12	25	28	8	— ^б
Щипки	3	45	17	60	5
Скручивание уха	27	31	16	31	— ^б
Принуждение стоять на коленях или в неудобной позе	0	6	2	4	— ^б
Засовывание жгучего перца в рот	0	2	3	1	— ^б

^а Сельские местности.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

^с Дети в возрасте двух лет и старше.

результаты сравнивались с результатами национального исследования, проведенного в США с применением того же метода (12). Ясно, что распространенность грубых наказаний детей не ограничивается несколькими странами или одним регионом мира. Родители в Египте, сельских областях Индии и на Филиппинах сообщали о том, что они наказывали своих детей, ударяя их предметом по какой-либо части тела кроме ягодиц, по крайней мере один раз за предшествующие шесть месяцев. О таком же поведении сообщали в Чили и в США, хотя гораздо реже. О более грубых формах насилия — когда детей душат, наносят им ожоги или угрожают ножом или оружием — сообщалось еще реже.

Сходные сообщения родителей в других странах подтверждают, что грубые физические наказания детей распространены повсюду, где бы ни проводились исследования. В Италии количество случаев жестокого наказания согласно шкале конфликтной тактики составило 8% (39). Танг указал, что в Китае (ОАР Гонконг) ежегодный уровень жестокого наказания детей по сообщениям родителей составляет 461 случай на 1000 детей (43).

При проведении другого исследования, сравнивающего уровни насилия над детьми младшего школьного возраста в Китае и в Республике Корея, также применялась шкала конфликтной тактики, но вопросы задавались детям, а не их родителям (41). В Китае уровень тяжелых наказаний по сообщениям детей составил 22,6%, а в Республике Корея — 51,3%.

Данные, полученные WorldSAFE, проливают свет также на типы более «умеренного» физического наказания в различных странах (см. табл. 3.1). Умеренное наказание не везде относят к плохому обращению, хотя некоторые профессионалы и родители рассматривают такие формы наказания как неприемлемые. В этой области, как показывает исследование WorldSAFE, существует широкое расхождение между культурами. Шлепанье детей рукой по ягодицам — самая обычная мера наказания, о которой со-

общали в каждой стране, за исключением Египта, где в качестве наказания чаще применяются другие меры — такие как встряхивание, щипки, пощечины или оплеухи. Родители в сельских местностях Индии, однако, сообщали о пощечинах так же часто, как и о шлепках по ягодицам, тогда как в других странах пощечины или оплеухи встречаются реже.

Как жестокие, так и более умеренные формы наказания не ограничиваются семьей или домашней средой. Грубые наказания очень часто встречаются в школах и других учреждениях, где они исходят от учителей и других лиц, ответственных за заботу о детях (см. вставку 3.2).

Сексуальное насилие

Оценки распространенности сексуального насилия сильно различаются в зависимости от применяемых определений и способа сбора информации. Некоторые исследования имеют дело с детьми, другие с подростками и взрослыми, сообщающими о своем детстве, а в третьих задаются вопросы родителям о возможном опыте их детей. Эти три разных метода могут дать очень разные ре-

зультаты. Например, уже упомянутое обследование румынских семей обнаружило, что 0,1% родителей (по их собственному признанию) сексуально насиловали своих детей, тогда как среди детей 9,1% сообщали, что страдали от сексуального насилия (34). Это несоответствие отчасти можно объяснить тем фактом, что детей просили рассказать о сексуальном насилии, которому их подвергли другие люди помимо родителей.

Согласно опубликованным результатам исследований, в которых взрослые сообщали ретроспективно о своем собственном детстве, распространенность сексуального насилия над мальчиками находится в диапазоне от 1% (44) — там, где использовалось узкое определение сексуального контакта, включающее давление или силу, до 19% (38) — там, где использовали более широкое

определение. Сообщения взрослых женщин о сексуальном надругательстве, испытанном в детстве, дают показатели в диапазоне от 0,9% (45) при использовании строгого понятия изнасилования до 45% (38) при гораздо более широком определении. Данные международных исследований, проводимых с 1980 г., показывают, что средний уровень распространенности сексуального надругательства в детстве составляет 20% для женщин и 5–10% для мужчин (46, 47).

Такие широкие расхождения в оценках могут быть результатом или реальных различий в риске насилия в разных культурах, или результатом различий в методе, использованном при исследовании (46). Включение насилия, совершенного сверстниками, в определение сексуального насилия над детьми может увеличить полученные показа-

ВСТАВКА 3.2

Телесные наказания

Телесные наказания детей — в форме ударов рукой, кулаком, пинков и избияния — социально и юридически приняты в большинстве стран. Во многих странах они широко распространены в школах и других учреждениях, в том числе в исправительных учреждениях для малолетних правонарушителей.

Конвенция ООН о правах ребенка требует, чтобы государства защищали детей от «всех форм физического или психического насилия» в то время, когда они находятся под опекой родителей и других лиц, а Комитет ООН по правам детей подчеркивает, что телесные наказания несовместимы с данной Конвенцией.

В 1979 г. Швеция стала первой страной, запретившей все формы телесного наказания детей. С тех пор по крайней мере десять других государств запретили его. Кроме того, были вынесены определения конституционных и верховных судов, осуждающие телесные наказания в школах и исправительных учреждениях — в том числе в таких странах как Намибия, ЮАР и Зимбабве, а израильский верховный суд в 2000 г. заявил о незаконности всех видов телесных наказаний. Эфиопская конституция 1999 г. защищает право детей не подвергаться телесным наказаниям в школах и воспитательных учреждениях. Телесные наказания в школах были запрещены также в Новой Зеландии, Республике Корея, Таиланде и Уганде.

Тем не менее, исследования указывают на то, что телесные наказания по-прежнему не запрещены в учреждениях для малолетних правонарушителей (по крайней мере в 60 странах), в школах и других учреждениях для детей (по крайней мере в 65 странах). Физически наказывать детей дома разрешает закон во всех странах, кроме 11. Там, где не происходит постоянного реформирования правоохранительной системы и системы образования, телесные наказания — по данным немногих существующих исследований — все еще чрезвычайно распространены.

Телесные наказания опасны для детей. Если говорить о краткосрочных последствиях, то в результате таких наказаний ежегодно гибнут тысячи детей и еще большее число получает травмы и увечья. Что касается долгосрочной перспективы, то множество исследований показывают, что телесные наказания сильно влияют на развитие насильственного поведения и создают другие проблемы в детстве и в дальнейшей жизни.

тели на 9% (48), а включение случаев, когда физического контакта не происходит, увеличит их приблизительно на 16% (49).

Эмоциональное и психологическое насилие

Во всем мире психологическому насилию над детьми уделялось еще меньше внимания, чем физическому и сексуальному. По-видимому, культурные факторы значительно влияют на методы, которые выбирают родители для нефизического наказания своих детей — некоторые из них могут рассматриваться людьми из другого культурного окружения как психологически вредные. Поэтому очень трудно дать определение психологическому насилию. Более того, следствия психологического насилия, как бы их не определяли, сильно различаются в зависимости от условий и возраста ребенка.

Есть доказательства того, что во многих странах кричать на детей — обычная реакция родителей. Что касается ругательств и обзывания детей, то с этим дело обстоит по-разному. В пяти странах, где проводилось исследование WorldSAFE, самый низкий уровень словесного оскорбления детей за предшествующие полгода составил 15% (см. табл. 3.2). Распространенность обычая угрожать детям бросить их или запереть от них дом также сильно различается по странам. На Филиппинах, например, матери часто сообщали об угрозе бросить ребенка как о мере наказания. В Чили процент применения таких угроз был гораздо ниже — около 8%.

Данные о степени использования воспитателями в разных культурах и частях света ненасильственных и не оскорбляющих ребенка методов наказания чрезвычайно скудны. Ограниченные данные, полученные проектом World SAFE, показывают, что большинство родителей применяют ненасильственные средства наказания. Они включают объяснение ребенку, почему его поведение неправильно, и приказание прекратить так себя вести, лишение привилегий и другие способы изменить плохое поведение ребенка (см. табл. 3.3). В Коста-Рике, например, родители признавали, что применяли физические меры для наказания детей, но сообщали, что это был наименее предпочитаемый метод (50).

ТАБЛИЦА 3.2

Уровень словесных или психологических наказаний детей за предшествующие полгода по сообщению матерей, исследование WorldSAFE

Словесное или психологическое наказание	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Крики	84	72	70	82	85
Обзвывая	15	44	29	24	17
Ругательства	3	51	— ^б	0	24
Отказ говорить с ребенком	17	48	31	15	— ^б
Угрозы выгнать из дома	5	0	— ^б	26	6
Угрозы бросить	8	10	20	48	— ^б
Запугивание злыми духами	12	6	20	24	— ^б
Выставление из дома и запираение дверей	2	1	— ^б	12	— ^б

^а Сельские местности.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

Отсутствие заботы

Многие исследователи включают в определение насилия отсутствие заботы или ущерб, нанесенный ребенку отсутствием заботы со стороны родителей или других воспитателей (29, 51–53). А к отсутствию заботы относят иногда такие условия, как голод и бедность. Поскольку определения различаются, и законы, предписывающие сообщать о насилии, не всегда требуют обязательного сообщения об отсутствии заботы, трудно оценить глобальные размеры этой проблемы или полноценно сравнить показатели разных стран. Например, недостаточно исследований было проведено по вопросу о том, как дети и родители могут расходиться в определении отсутствия заботы.

В Кении, когда взрослых в общинах опрашивали по теме плохого обращения с детьми, чаще всего называли заброшенность и отсутствие заботы (51). 21,9% исследованных здесь детей сообщили, что о них не заботились родители. В Канаде национальное исследование случаев, о которых сообщалось в службы по благополучию детей, обнаружило, что среди доказанных случаев отсутствия заботы 19% указывали на физическое отсутствие заботы, 12% — на заброшенность, 11% — на отсутствие заботы об образовании и 48% — на физический ущерб, явившийся результатом неспособности родителей обеспечить надзор над ребенком (54).

Каковы факторы риска насилия над ребенком и отсутствия заботы о нем?

Множество теорий и моделей было разработано для объяснения возникновения насилия в семье

ТАБЛИЦА 3.3

Уровень словесных или психологических наказаний детей за предшествующие полгода по сообщению матерей, исследование WorldSAFE

Меры ненасильственного наказания	Количество случаев (%)				
	Чили	Египет	Индия ^а	Филиппины	США
Объяснение ребенку, почему его поведение неправильно	91	80	94	90	94
Лишение привилегий	60	27	43	3	77
Требование прекратить неправильные действия	88	69	– ^б	91	– ^б
Переключение ребенка на другое занятие	71	43	27	66	75
Принуждение стоять на одном месте	37	50	5	58	75

^а Сельские районы.

^б Вопрос в исследовании не задавался.

ях. Наиболее широко принята экологическая модель, описанная в главе 1. Экологическая модель в применении к проблеме насилия над ребенком и отсутствию заботы о нем учитывает такие факторы, как индивидуальные характеристики ребенка и его семьи, характеристики воспитателя или другого лица, виновного в насилии, особенности региона, а также социальную, экономическую и культурную среду (55, 56).

Ограниченное исследование в этой области показывает, что некоторые факторы при сопоставлении риска в ряде стран совершенно совпадают. Важно заметить, однако, что рассматриваемые ниже факторы имеют не причинную связь с насилием над ребенком, а только статистическую (6).

Факторы, увеличивающие уязвимость ребенка перед насилием

Результаты ряда исследований, проведенных по большей части в развитых странах мира, заставляют предположить, что определенные характеристики детей увеличивают риск насилия.

Возраст

Степень риска того, что с ребенком будут плохо обращаться — применять физическое или сексуальное насилие или не заботиться о нем — зависит частично от возраста ребенка (14, 17, 57, 58). Смерть в результате физического насилия наблюдается в основном среди очень маленьких детей (18, 20, 21, 28). Так, в исследованиях детской смертности на Фиджи, в Финляндии, Германии и Сенегале обнаружено, что большинству жертв было менее двух лет (20, 24, 28, 59).

Маленькие дети подвергаются также риску физического насилия, которое не приводит к смерти, хотя пиковый возраст для такого насилия различен в разных странах. Например, в Китае пик физического насилия над детьми, не приводящего к их смерти, приходится на 3–6 лет, в Индии — на 6–11 лет и в США — на возраст между 6 и 12 годами (11, 40, 43). Уровень сексуального насилия имеет тенденцию повышаться после начала половой зрелости, причем наивысшие показатели приходятся на период юности (15, 17, 60). Однако сексуальное насилие может быть направлено и на маленьких детей.

Пол ребенка

В большинстве стран девочки подвергаются большему риску быть убитыми, подвергнуться сексуальному насилию, их чаще вынуждают к проституции, пренебрегают их образованием и питанием (см. об этом также гл. 6). Данные нескольких международных исследований показывают, что девочки в 1,5–3 раза чаще, чем мальчики, подвергаются сексуальному насилию (46). В мире более 130 млн детей в возрасте от 6 до 11 лет не посещают школу, 60% из них девочки (61). В некоторых странах девочкам не разрешают посещать школу — их оставляют дома, чтобы они присматривали за младшими детьми, или заставляют работать, чтобы помочь семье материально.

Мальчики подвергаются большему риску грубого физического наказания во многих странах (6, 12, 16, 40, 62), а девочки подвергаются повышенному риску убийства. Это не совсем понятно; возможно, так происходит потому, что грубые физические наказания рассматриваются как подготовка мальчиков к роли и обязанностям взрослого или же считается, что по отношению к мальчикам следует больше применять физические наказания. Очевидно, эти различия можно объяснить культурным несходством разных обществ в том, что касается роли женщин и ценности, придаваемой мальчикам и девочкам.

Особые характеристики ребенка

Было показано, что недоношенные младенцы, близнецы и дети-инвалиды подвергаются повы-

шенному риску физического насилия и отсутствия заботы (6, 53, 57, 63). Имеются противоречивые данные относительно важности умственной отсталости как фактора риска. Полагают, что небольшой вес при рождении, преждевременное рождение, физические и умственные дефекты, появившиеся в младенчестве или детстве, мешают возникновению у родителей привязанности к ребенку и могут сделать его более уязвимым для насилия (6). Однако эти характеристики, по-видимому, не являются главными факторами риска насилия по сравнению с другими факторами, такими как родители и общество (6).

Характеристики воспитателя и семьи

Исследования связывают некоторые характеристики воспитателей, а также особенности семейной среды с насилием и отсутствием заботы о ребенке. В то время как одни факторы — включая демографические — могут давать ту или иную степень риска, есть и другие факторы: психологические и поведенческие характеристики родителей или семейной среды, которые могут нарушать родительские чувства и приводить к плохому обращению с ребенком.

Пол

Кто чаще применяет насилие — мужчины или женщины — зависит отчасти от вида насилия. Исследование, проведенное в Китае, Чили, Финляндии, Индии и США, показывает, что женщины чаще сообщают о применении физического наказания, чем мужчины (12, 40, 43, 64, 65). В Кении сообщения детей также показывают, что матери чаще чем отцы применяют насилие (51). Однако мужчины обычно бывают виновниками угрожающих жизни травм головы, переломов и других ранений, приводящих к смерти ребенка (66–68).

Во многих странах сексуальными совратителями как мальчиков, так и девочек чаще являются мужчины (46, 69, 70). Разные исследования дают один и тот же вывод, а именно: мужчины являются виновниками сексуального насилия над девочками более чем в 90% случаев, а над мальчиками — от 63 до 86% случаев (46, 71, 72).

Структура семьи и ресурсы

Родители, которые плохо обращаются с ребенком, чаще являются молодыми, одинокими, бедными, безработными и менее образованными,

чем родители, которые не применяют насилия. Как в развивающихся, так и в индустриальных странах бедные, молодые и одинокие матери числятся среди тех, кто подвержен наибольшему риску проявления жестокости в отношении своих детей (6, 12, 65, 73). В США, например, матери-одиночки в три раза чаще применяют грубое физическое наказание, чем матери в полных семьях (12). Сходные показатели дало исследование в Аргентине (73).

Исследования в Бангладеш, Колумбии, Италии, Кении, Швеции, Таиланде и Великобритании также выявили, что низкий уровень образования и доход, не достаточный для удовлетворения потребностей семьи, увеличивают вероятность физического насилия над детьми (39, 52, 62, 67, 74–76), хотя иногда обнаруживаются исключения из этой модели (14). В палестинских семьях отсутствие денег на удовлетворение потребностей ребенка по мнению родителей является одной из главных причин жестокого психологического обращения с ним (77).

Размер и состав семьи

Размер семьи также может повысить риск жестокого обращения с ребенком. Изучение родителей в Чили выявило, например, что в семьях с четырьмя или более детьми родители применяют насилие в три раза чаще, чем в семьях с меньшим количеством детей (78). Однако не всегда имеет значение просто размер семьи. Данные по ряду стран показывают, что слишком большое количество людей в доме повышает риск жестокого обращения с ребенком (17, 41, 52, 57, 74, 79). Неустойчивая среда в семье, состав домочадцев в которой часто меняется, члены семьи и другие люди появляются и исчезают, является чертой, особо отмечаемой в случаях хронического отсутствия заботы о ребенке (6, 57).

Личностные и поведенческие характеристики родителей и воспитателей

Многие исследования связывают с насилием и отсутствием заботы о ребенке ряд личностных и поведенческих характеристик родителей. Родители, которые склонны плохо обращаться со своими детьми, обычно имеют низкую самооценку, плохой контроль над своими импульсами, проблемы с психическим здоровьем, а также демонстрируют антисоциальное поведение (6, 67, 75, 76, 79). Не

заботящиеся о ребенке родители часто имеют те же проблемы; они также имеют трудности с планированием таких важных жизненных событий как брак, рождение ребенка или поиски работы. Многие из этих характеристик мешают заботе о ребенке и вызывают нарушения социальных взаимоотношений; такие родители не могут справиться со стрессом и не способны связаться с системами социальной поддержки (6).

Родители, склонные к насилию, могут также иметь недостаточно информации о ребенке и предъявлять нереальные требования к его развитию (6, 57, 67–80). Исследование обнаружило, что такие родители проявляют большее раздражение и досаду в ответ на настроение и поведение своих детей, что они меньше поддерживают и любят их, играют с ними и отзываются на их нужды и что они более сдержанны и враждебны.

Родители, имевшие в детстве опыт насилия

Исследования показали, что родители, с которыми плохо обращались, когда они были детьми, более склонны жестоко обращаться со своими собственными детьми (6, 58, 67, 81, 82). Однако прямую связь здесь сложно выявить (81–83), и согласно некоторым исследованиям большинство родителей, которые плохо обращаются с ребенком, сами в детстве не подвергались жестокому обращению (58). Хотя эмпирические данные наводят на мысль, что между этими явлениями все-таки существует связь, важность этого фактора риска, возможно, преувеличена. Более решающими могут быть другие факторы — такие как молодость родителей, стресс, изоляция, перенаселенность дома, злоупотребление психоактивными веществами и бедность.

Насилие в доме

Повышенное внимание уделяется насилию со стороны интимного партнера и его связи с жестоким обращением с ребенком. Данные исследований в таких географически и культурно удаленных друг от друга странах, как Китай, Колумбия, Египет, Индия, Мексика, Филиппины, ЮАР и США, выявили тесную связь между этими двумя формами насилия (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). Согласно недавнему исследованию в Индии домашнее насилие удваивает риск плохого обращения с ребенком (40). Среди детей, сообщивших о том, что с ними жестоко обращаются, 40% или более заявляли также о наси-

лии по отношению к другим членам семьи в доме (84). Фактически связь между этими формами насилия может быть еще теснее, так как многие учреждения, которым вменяется в обязанность защита детей, обычно не собирают данные о других формах насилия в семьях.

Другие характеристики родителей и воспитателей

Жестокое обращение и отсутствие заботы о ребенке также связаны со стрессом и социальной изоляцией родителя (6, 39, 57, 73, 85). Полагают, что стресс, являющийся следствием изменений на работе, потери дохода, проблем со здоровьем или других аспектов семейной среды, может повысить уровень конфликтности дома, если члены семьи неспособны справиться с ним или найти поддержку. Те, кто могут найти социальную поддержку, вероятно, менее склонны жестоко обращаться с детьми, даже когда существуют другие факторы риска. Например, согласно контрольному исследованию в Буэнос-Айресе (Аргентина), дети, проживающие в семье с одним родителем, подвергаются значительно большему риску жестокого обращения, чем дети из семей с двумя родителями. Однако риск жестокого обращения был ниже у тех, кто сумел получить доступ к социальной поддержке (73).

Жестокое обращение с ребенком также было связано во многих исследованиях со злоупотреблением веществами (6, 37, 40, 67, 76), хотя требуется дальнейшее изучение этой проблемы, чтобы выявить эффект, не зависящий от сопутствующих факторов: бедности, перенаселенности, психических расстройств и проблем со здоровьем у родителей.

Факторы общины Бедность

Многочисленные исследования во многих странах выявили тесную связь между бедностью и плохим обращением с детьми (6, 37, 40, 62, 86–88). Показатели жестокого обращения выше в районах с высоким уровнем безработицы и концентрированной бедностью (89–91). Такие районы характеризуются также высоким уровнем миграции населения и перенаселенным жильем. Исследование показывает, что хроническая бедность неблагоприятно влияет на детей из-за ее воздействия на поведение родителей и на доступность ресурсов (92). В районах с высоким уровнем бедности обычно худшая физическая и социальная инфра-

структура и меньшее количество ресурсов и удобств, которыми характеризуются более богатые районы.

Социальный «капитал»

Социальный «капитал» — это степень сцепления и солидарности общин (85). Дети, проживающие в районах с меньшим «социальным капиталом» или меньшими «социальными инвестициями» в общину, по-видимому, обладают большим риском того, что с ними будут плохо обращаться, и риском иметь больше психологических или поведенческих проблем (85). Социальные и соседские связи являются, как было показано, защитными для детей (4, 58, 93). Это верно даже для детей, проживающих в семьях с рядом факторов риска: бедных, применяющих насилие, злоупотребляющих веществами, родители которых имеют низкий уровень образования — тем не менее, они могут быть защищены высоким уровнем социального капитала (85).

Общественные факторы

Факторы на уровне общества, по нашему мнению, имеют большое влияние на благополучие детей и семей. В большинстве стран до настоящего момента они не изучались как факторы риска плохого обращения с ребенком. Среди этих факторов следующие.

- Роль, которую играют культурные ценности и экономические силы при принятии решений в семье; реакция семьи на эти силы.
- Неравенства, связанные с полом и доходом — факторы, оказывающие влияние на другие виды насилия и, вероятно, также на плохое обращение с ребенком.
- Культурно-гендерные нормы, отношения «родитель–ребенок» и частная жизнь семьи.
- Политика государства в отношении ребенка и семьи — например, касающаяся ухода родителя из семьи, занятости матерей и мер по охране детства.
- Природа и степень превентивных мер по охране здоровья детей, помощь в идентификации случаев жестокого обращения с детьми.
- Прочность системы общественного благополучия, то есть источники поддержки, обеспечивающие безопасную жизнь детей и семей.

- Природа и степень социальной защиты и помощи со стороны правоохранительной системы.
- Крупные социальные конфликты и войны.

Многие из этих широких культурных и социальных факторов могут влиять на способность родителей заботиться о детях — увеличивая или уменьшая стрессы, связанные с семейной жизнью, и средства, имеющиеся в семьях.

Последствия жестокого обращения с ребенком Ухудшение здоровья

Проблемы со здоровьем, вызванные жестоким обращением в детстве, составляют значительную часть общего числа заболеваний во всем мире. Некоторые последствия жестокого обращения для здоровья уже давно исследованы (21, 35, 72, 94–96), другим (например, психическим расстройствам и суицидальному поведению) только недавно было уделено внимание (53, 97, 98). Важно, что сейчас имеются доказательства того, что главные виды болезней у взрослых — включая ишемическую болезнь сердца, рак, хронические заболевания легких, синдром раздраженного кишечника и фибромиалгию — имеют отношение к жестокому обращению, испытанному в детстве (99–101). Объяснение этого очевидно: у детей, с которыми жестоко обращались, чаще бывают поведенческие факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем, плохое питание и недостаток двигательной активности. Исследования также выявили серьезные последствия, возникающие сразу или через длительное время (21, 23, 99–103) (см. табл. 3.4).

Сходным образом, многие исследования говорят о психологических нарушениях, действующих короткое или длительное время (35, 45, 53, 94, 97). Некоторые дети имеют симптомы, которые не требуют клинического вмешательства, или требуют, но не такого высокого уровня, как у детей, наблюдавшихся в клиниках. Другие выжившие имеют такие серьезные психические расстройства, как депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, агрессия, чувство стыда или нарушение познавательных способностей. Наконец, у некоторых детей могут быть посттравматический стресс, большая депрессия, тревога и нарушение сна (53, 97, 98). Так, последнее возрастное исследование в Кристчерче (Новая Зеландия) выявило тесную связь между сексуальным насилием, пере-

ТАБЛИЦА 3.4

Последствия жестокого обращения в детстве для здоровья

Физические
Травмы брюшной полости и грудной клетки
Травмы головного мозга
Синяки и рубцы
Ожоги
Травмы центральной нервной системы
Инвалидность
Переломы
Ссадины и рваные раны
Ухудшение зрения
Сексуальные проблемы и проблемы с репродуктивным здоровьем
Половые дисфункции
Болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД
Нежелательная беременность
Психологические и поведенческие
Алкоголизм и наркомания
Ухудшение познавательных способностей
Преступное, жестокое и прочее поведение, связанное с риском
Депрессия и беспокойство
Задержки в развитии
Нарушения питания и сна
Чувство стыда и вины
Гиперактивность
Плохие взаимоотношения
Плохие успехи в школе
Низкая самооценка
Посттравматические стрессовые расстройства
Психосоматические расстройства
Суицидальное поведение и нанесение себе ущерба
Другие длительные последствия для здоровья
Рак
Хронические легочные заболевания
Фибромиалгия
Синдром раздраженного кишечника
Ишемическая болезнь сердца
Болезни печени
Проблемы с репродуктивным здоровьем, например бесплодие

несенным в детстве, и последующими проблемами с психическим здоровьем: депрессией, тревогой, суицидальными мыслями и поведением (97).

Физические, поведенческие и эмоциональные последствия жестокого обращения могут быть разными. Они зависят от уровня развития, на котором находился ребенок, когда произошло насилие, от его жестокости, от отношений между виновником насилия и ребенком, срока, в течение которого продолжалось жестокое обращение, и других факторов в окружении ребенка (6, 23, 72, 895–101).

Финансовое бремя

Финансовые затраты, связанные как с краткосрочным, так и с длительным уходом за жертвами, составляют значительную часть общего бремени, создаваемого жестоким обращением и отсутствием заботы о ребенке. В подсчеты включены непо-

средственные и косвенные расходы. Непосредственные расходы связаны с лечением, посещениями больницы и врача и другим медицинским обслуживанием. Косвенные затраты связаны с потерей производительности, инвалидностью, снижением качества жизни и преждевременной смертью. Возникают затраты также у правоохранительных органов и других учреждений, включая затраты на:

- арест и преследование виновников;
- расследование сообщений о жестоком обращении и защиту детей от насилия (организациями по социальному обеспечению);
- передачу ребенка на воспитание;
- систему образования;
- сектор занятости из-за потери трудоспособности и низкой продуктивности труда.

Имеющиеся в наличии данные по нескольким развитым странам иллюстрируют потенциальное финансовое бремя. В 1996 г. в США финансовые затраты, связанные с жестоким обращением с ребенком и отсутствием заботы о нем, были оценены приблизительно в 12,4 млрд долл. США (8). В эту цифру включалась оценка будущей потерянной зарплаты, стоимость образования и медицинских услуг по лечению психических заболеваний. В Великобритании приблизительно 1,2 млн долл. США в год расходуются только на непосредственное оказание юридической помощи и услуг соцобеспечения детям – жертвам насилия (104). Затраты на превентивные меры, вероятно, во много раз превышают общую сумму краткосрочных и долгосрочных затрат, связанных с отсутствием заботы и жестоким обращением с детьми, которые приходятся на отдельных людей, семьи и общество.

Что можно сделать, чтобы предупредить жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы о них?

Хотя предупреждение жестокого обращения с детьми почти везде в мире объявлено важной задачей социальной политики, удивительно мало исследуется эффективность предупредительных мер. Была проделана тщательная работа по нескольким видам мер, таким как посещение семей (105–107), но пока еще многие меры в этой области не получили адекватной оценки (108).

Большинство программ фокусируется на детях – жертвах жестокого обращения или отсутствия заботы

ты или на виновниках такого обращения. Очень немногие ставят на первое место важность первичных превентивных мер, направленных на предупреждение плохого обращения и отсутствие заботы о ребенке. Самые общие из таких мер описаны ниже.

Методы поддержки семьи Обучение родительским навыкам

Был разработан ряд мер по улучшению родительских навыков и обеспечению поддержки семьи. Эти виды программ обычно дают сведения родителям о развитии их детей и помогают им улучшить свои навыки в управлении их поведением. Хотя большинство таких программ направлены на семьи с высоким риском или на такие семьи, в которых насилие уже имело место, все больше внимания уделяется и обучению всех родителей или будущих родителей. В Сингапуре, например, обучение родительским навыкам начинается со средней школы, в классах «подготовки к отцовству или материнству». Ученики узнают о развитии ребенка, об уходе за ним и приобретают непосредственный опыт, работая с маленькими детьми в дошкольных учреждениях и центрах по уходу за ребенком (8).

Если в семье уже имело место насилие над ребенком, главная задача здесь — предупредить дальнейшее плохое обращение, а также такие отрицательные последствия для ребенка, как эмоциональные проблемы или замедленное развитие. Хотя оценка программ по образованию и тренингу родителей дала многообещающие результаты в отношении снижения насилия в молодежной среде, немногие исследования специально изучали влияние таких программ на уровень плохого обращения с детьми. Вместо этого об эффективности многих мероприятий судят по их непосредственным результатам — таким как возросшая компетенция и навыки родителей, количество конфликтов между родителями и детьми, психическое здоровье родителей.

Например, Вольф и др. оценивали эффективность влияния родительских тренингов, специально спланированных для семей группы риска, на проблемы с поведением (109). Пары мать–ребенок были распределены на две группы: в одной применялось вмешательство, другая использовалась для сравнения. Матери, прошедшие родительский тренинг, сообщили о меньшем числе про-

блем с поведением их детей и с коррекцией возможного плохого обращения с ними по сравнению с матерями в контрольной группе. Более того, контрольная оценка этих случаев показала, что риск плохого обращения с детьми у матерей, прошедших тренинг, снизился.

Посещение семей и другие программы по поддержке семьи

Программы посещения семей предоставляют семьям помощь на дому. Этот вид мероприятий считается одним из наиболее многообещающих в отношении предупреждения многих негативных явлений, включая насилие в молодежной среде (см. гл. 2) и плохое обращение с ребенком (105–107). Во время посещения семьям предлагается информация, поддержка и услуги для улучшения их существования. Был разработан и изучен ряд моделей таких посещений. В одних моделях посещаются все семьи, независимо от их статуса риска, тогда как в других фокусируются только на семьях группы риска: с молодыми или одинокими родителями, родителями-подростками, живущими в общинах с высоким уровнем бедности.

Вазик и Робертс (110) обследовали более чем 1900 программ посещения семей и обнаружили среди них 224 программы, основная задача которых — оказание помощи детям, с которыми плохо обращались и которые не имели ухода. Наиболее важными среди оказываемых услуг считались улучшение родительских навыков и умения справляться с трудностями, за ними следовала эмоциональная поддержка. Обычно семьи посещались еженедельно или каждые 2 недели; при этом период оказания помощи варьировал от 6 месяцев до 2 лет.

Одна из таких программ осуществляется в Родительском центре в Кейптауне (ЮАР). Людей, посещающих семьи, набирают из общин и обучают в центре; затем их контролируют профессиональные социальные работники. Семьи посещаются ежемесячно в период до рождения ребенка, еженедельно в течение первых двух месяцев после его рождения, и затем раз в месяц пока ребенку не исполнится полгода. После этого визиты могут продолжаться или прекратиться, в зависимости от оценки контролера. При необходимости семьи могут обратиться в другие учреждения.

Одно из немногих исследований по изучению долгосрочного влияния посещения семей на плохое обращение с детьми и отсутствие ухода за ни-

ми было проведено Олдзом и др. (106). Они сделали вывод, что на протяжении 15 лет после рождения первого ребенка, женщины, которых посещали медсестры во время их беременности и младенческого возраста ребенка, с меньшей вероятностью становятся виновницами жестокого обращения с ребенком, чем женщины, которых не посещали.

Интенсивная помощь по сохранению семьи

Этот вид услуг разработан, чтобы сохранить семью и помешать передаче детей под иное попечение. Помощь направляется семьям, в которых был установлен факт плохого обращения с ребенком. Эта мера краткосрочная (длится несколько недель или месяцев) и интенсивная. Обычно семье уделяется 10–30 часов в неделю — либо дома, либо в другом месте, знакомом ребенку. Предлагается много услуг в зависимости от потребностей семьи, включая различные формы лечения и более практическую помощь, например временные субсидии по арендной плате.

Пример такой программы в США — «Строители домашнего очага» («Homebuilders»). Она предусматривает интенсивное вмешательство при семейном кризисе и образовательную помощь (111). Государственные работники относят к этой программе семьи, чьи дети — один или более — находятся в непосредственной опасности передачи на попечение другим лицам или в специальные учреждения. В течение 4-х месяцев семьи могут круглосуточно получать интенсивную помощь врачей. Предлагается широкий спектр услуг, включая удовлетворение основных нужд, таких как пища, кров и обучение новым навыкам.

Такого рода программы получили ограниченную оценку и их данные в какой-то степени неубедительны, главным образом из-за того, что программы предлагали широкий выбор услуг, и относительно немногие исследования включали контрольную группу. Есть некоторые свидетельства того, что программы по сохранению семейного единства могут помочь избежать помещения детей в приют, по крайней мере, на короткий срок. Однако очень маловероятно, что глубокие семейные деформации можно решить краткосрочной интенсивной помощью такого рода. Один мета-анализ нескольких интенсивных программ по сохранению семьи выявил, что программы с более высокой степенью вовлечения, применяющие подход, основанный на спаянности семьи, и включающие эле-

менты социальной поддержки, давали лучшие результаты, чем программы без этих элементов (112).

Методы медицинского обслуживания Осмотр (скрининг) работниками здравоохранения

Работники здравоохранения должны играть ключевую роль в определении случаев жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними, в лечении и направлении на лечение детей. Они должны докладывать о возможных случаях плохого обращения соответствующим органам власти. Жизненно важно, чтобы случаи плохого обращения с детьми выявлялись как можно раньше для того, чтобы уменьшить последствия для ребенка и оказать ему необходимую помощь как можно быстрее.

Под скринингом обычно понимают идентификацию проблем со здоровьем до того как появляются симптомы и признаки заболеваний. В случае с жестоким обращением и отсутствием ухода за ребенком скрининг труден, поскольку нужно полагаться на информацию, полученную непосредственно от виновника насилия или свидетелей. По этой причине описано относительно немного методов скрининга, и по большей части они фокусируются на улучшении раннего распознавания работниками здравоохранения плохого обращения и отсутствия ухода за ребенком, в основном благодаря более широкому применению тренингов и образования родителей.

Тренинги для работников здравоохранения

Исследования в разных странах выявили необходимость постоянного обучения работников здравоохранения методам определения ранних симптомов и признаков жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними (113–115). Поэтому ряд организаций здравоохранения разработали программы тренинга с тем, чтобы улучшить выявление таких случаев, обеспечить сообщение о них, а также повысить информированность работников здравоохранения о возможной помощи со стороны общин. В США, например, Американская медицинская ассоциация и Американская академия педиатрии опубликовали диагностические и терапевтические руководства по проблеме плохого обращения с детьми (116) и по проблеме сексуального насилия над ними (117). В штате Нью-Йорк работники здравоохранения обязаны пройти двухчасовой курс, посвященный тому, как опре-

делять случаи плохого обращения и отсутствия ухода за ребенком и сообщать об этом. Это является условием получения лицензии (118). В нескольких европейских и других странах также были предприняты шаги по введению тренингов для работников здравоохранения (7, 119–121).

Выявление жестокого обращения с ребенком и отсутствия ухода за ним, однако, не всегда простая задача (122–124). Обычно для этого необходимы особые методы интервью и особые виды физического осмотра. Профессионалы-медики должны также внимательно отслеживать семейные и другие факторы риска плохого обращения с ребенком.

Чтобы обеспечить постоянный динамичный процесс образования профессионалов-медиков в этой области, некоторые исследователи предложили для них многокомпонентные структурные планы в зависимости от того, насколько они вовлечены в работу со случаями жестокого обращения с детьми (125). Согласно этому предложению нужно разработать отдельные курсы тренинга для студентов-медиков и врачей, с одной стороны, и для тех, кто специально занимается этой проблемой, с другой. Эти курсы должны быть интегрированы в общую программу.

Оценка программ по тренингу основывается в основном на информации работников здравоохранения о плохом обращении с детьми и поведении родителей. Но улучшается ли в результате действия таких программ уход за детьми и направление их на лечение, неизвестно.

Терапевтические методы

Реагирование на плохое обращение и отсутствие ухода за ребенком зависит от многих факторов, включая возраст, уровень развития ребенка и наличие стрессовых факторов среды. По этой причине был разработан широкий спектр терапевтических услуг для отдельных людей. Терапевтические программы действуют повсюду в мире, включая Аргентину, Китай (ОАР Гонконг), Грецию, Панаму, Российскую Федерацию, Сенегал и Словакию (7).

Помощь жертвам

Обзор программ по лечению детей, ставших жертвами жестокого физического обращения, выявил, что терапевтический дневной уход — с целью улучшения когнитивных и развивающих навыков — является самым популярным подходом (126). Терапевтический дневной уход был реко-

мендован для ряда состояний, связанных с жестоким обращением, таких как эмоциональные, поведенческие и связанные с привязанностью проблемы, когнитивные задержки или замедление развития. Этот подход объединяет лечение и особое обращение с ребенком в ходе ежедневной деятельности в месте ухода за ребенком. Многие программы этого типа включают также терапию и образование для родителей.

В исследовании Фантуццо и др. (127) описан особый метод обращения с социально отчужденными и подвергшимися насилию детьми. Дошкольники, с которыми плохо обращались и которые испытывали большое социальное отчуждение, были помещены в игровые группы вместе с детьми, имеющими более высокий уровень социальных навыков. Детей, лучше умеющих общаться, обучили действовать в качестве моделей и поощрять отчужденных детей в играх. В их задачи входила вербальная и физическая инициатива: например, они предлагали отчужденным детям игрушки. Улучшение в социальном поведении отчужденных детей имело место, хотя длительность результатов этой стратегии не была оценена. Большинство других программ по обращению с детьми, описанных в упомянутом обзоре, также оценивались мало или вообще не оценивались (126).

Проявления сексуального насилия, так же как и физического, могут сильно различаться в зависимости от ряда факторов, таких как индивидуальные характеристики жертвы, взаимоотношения виновника насилия и жертвы и обстоятельства насилия. Поэтому было разработано множество методов вмешательства и обращения с жертвами сексуального насилия, включая индивидуальные, групповые и семейные виды терапии (128–131). Как показывает ограниченное исследование, психическое здоровье в результате такого вмешательства улучшается, об улучшении в других областях имеется значительно меньше информации.

Помощь детям, наблюдавшим насилие

Одним из последних дополнений к набору стратегий по вмешательству является помощь детям — свидетелям домашнего насилия (132–134). Исследование продемонстрировало, что насилие, которое видят дети, может иметь для них многочисленные негативные последствия. Они с большей вероятностью будут воспроизводить, по примеру

взрослых, дисфункциональные отношения в своих собственных семьях.

Что касается случаев непосредственного физического или сексуального нападения, у детей — свидетелей этого может появиться ряд расстройств, включая поведенческие, эмоциональные и социальные проблемы, задержки умственного или физического развития; однако у некоторых детей, бывших свидетелями такого насилия, может и не появиться проблем. Учитывая возможность разной реакции детей, были разработаны различные стратегии вмешательства и методы обращения в зависимости от возраста ребенка. На сегодня имеется мало свидетельств эффективности этих программ, их оценки часто противоречат друг другу. Две оценки, например, одной и той же программы, которая предполагала 10-недельное обучение детей, дали разные результаты. Согласно одной оценке дети, прошедшие обучение, смогли показать больше умений в том, как избежать вовлечения в насильственные конфликты между родителями и как найти поддержку, чем дети в контрольной группе, а согласно другой оценке никаких различий между двумя группами не было (135, 136).

Помощь взрослым, подвергшимся насилию в детстве

В ряде исследований была выявлена связь между опытом жестокого обращения, который ребенок получил в детстве, и рядом таких негативных явлений, как злоупотребление веществами, проблемы с психическим здоровьем и алкогольная зависимость (96–99, 137). Кроме того, жертвы жестокого обращения в детстве могут не быть идентифицированы как таковые и не иметь симптомов даже много лет спустя после того, как произошло насилие. По этой причине в последнее время увеличилось оказание помощи взрослым, с которыми жестоко обращались в детстве, их в частности стали больше направлять на лечение по поводу психического здоровья. К сожалению, опубликовано мало данных о том, насколько такое вмешательство помогает взрослым. Большинство проведенных исследований фокусировались на девочках, с которыми плохо обращались их отцы (138).

Юридические и сопутствующие меры Обязательное и добровольное сообщение о фактах насилия над детьми

Сообщения медицинских работников о предполагаемом жестоком обращении с детьми и об от-

сутствии ухода за ними закреплены законодательством во многих странах, включая Аргентину, Финляндию, Израиль, Киргизстан, Республику Корея. Однако лишь небольшое число стран имеет специальные законы об этом. Последний всемирный обзор обнаружил, что из 58 исследованных стран 33 имеют законы об обязательном сообщении на местах и 20 — законы о добровольном сообщении (7).

Причина введения законов об обязательном сообщении — возможность раннего выявления жестокого обращения, что поможет предупредить появление серьезных травм, повысит безопасность жертв, освободив их от необходимости сообщать самим, и будет способствовать координации действий в ответ на насилие — оказанию юридической, медицинской и другой помощи.

В Бразилии врачи обязаны сообщать о насилии над детьми так называемому Опекунскому совету, состоящему из пяти человек (8). Члены совета, выбранные на два года, обязаны защищать детей — жертв жестокого обращения и отсутствия ухода любыми социальными средствами, включая предоставление временного крова и госпитализацию. Юридические аспекты жестокого обращения и отсутствия ухода — такие, как преследование виновников и лишение родительских прав — не входят в обязанности Совета.

Обязательные законы потенциально полезны для целей сбора данных, но неизвестно, насколько они эффективны в предупреждении случаев жестокого обращения и отсутствия ухода. Кроме того, непонятно, в состоянии ли социальные учреждения, у которых мало денежных средств, принести пользу ребенку и семье, и не принесут ли они больше вреда, чем пользы, пробуждая ложные надежды (139).

В мире существуют различные системы добровольного сообщения — например, в таких странах как Барбадос, Камерун, Хорватия, Япония, Румыния и Объединенная республика Танзания (7). В Нидерландах о предположительных случаях жестокого обращения с ребенком добровольно можно сообщить в одно из двух государственных учреждений — в Совет по заботе о детях и их защите и в Офис конфиденциального врача. Оба этих органа существуют для защиты детей от жестокого обращения и отсутствия ухода, и оба проверяют подозрительные сообщения о плохом обращении. Ни одно из этих учреждений не оказывает помощи

ребенку или семье: для этого детей и членов семьи направляют в другое место (140).

Защита ребенка

Учреждения по защите ребенка проверяют и пытаются доказать сообщения о фактах предположительного жестокого обращения с детьми. Такие сообщения могут поступать из различных источников, включая медицинский персонал, полицию, учителей и соседей.

Если сообщения подтверждаются, то персонал учреждения должен принять решение о подходящих мерах. Такие решения часто трудно принимать, так как нужно найти равновесие между противоречивыми требованиями — такими как необходимость защитить ребенка и желание не разрушать семью. Помощь, предлагаемая детям и семьям, может, таким образом, быть очень разной. Уже опубликованы некоторые исследования о принятии решений в таких случаях, а также об имеющихся в настоящее время недоработках в этой области. Например, необходимо разработать специальные стандартные критерии, чтобы определить степень риска жестокого обращения для семей и детей. Однако работ, исследующих, насколько эффективно услуги по защите детей снижают уровень жестокого обращения с ними, все еще мало.

Группы по рассмотрению детской смертности

В США повышенная сознательность в вопросе насилия над детьми привела к созданию таких групп во многих штатах (141). Эти междисциплинарные группы изучают смертность среди детей, привлекая данные и ресурсы полиции, адвокатов, работников здравоохранения, служб по защите детей, следователей по делам о скоропостижной смерти и медицинских следователей. Исследователи выявили, что эти специализированные группы более эффективно выявляют признаки жестокого обращения с ребенком и отсутствия ухода за ним, чем группы без соответствующего тренинга. Одна из задач этих групп — улучшить точность классификации детской смертности.

Улучшение точности классификации, в свою очередь, может способствовать более успешному преследованию виновников насилия в судебном порядке, так как будут собраны лучшие улики. При анализе данных о детской смертности, собранных в штате Джорджия (США) (142), исследователи об-

наружили, что особенно полезно расследование случаев смерти от плохого обращения и при синдроме внезапной смерти младенца. Согласно исследованию группы по рассмотрению детской смертности 2% смертей в течение годового периода изучения, которые первоначально не классифицировались как связанные с жестоким обращением и отсутствием ухода, позже были классифицированы именно как таковые.

Среди других задач таких групп — предупреждение детской смертности по причине плохого обращения; это делается путем обзора, анализа и использования корректирующих мер, а также обеспечения лучшей координации между разными учреждениями и отраслями.

Аресты и уголовное преследование

Уголовное законодательство заметно различается в разных странах, отражая разные точки зрения на роль законодательной системы в отношении плохого обращения с детьми. Принятие решения об уголовном преследовании виновников насилия зависит от нескольких факторов, в частности от серьезности жестокого обращения, от состава доказательств, от того, можно ли сделать ребенка компетентным свидетелем, и от того, существуют ли какая-то реальная альтернатива преследованию (143). В одном обзоре по уголовному преследованию случаев сексуального насилия над детьми (144) было проанализировано 451 заявление, зарегистрированное за два года, и выявлено, что в 72% случаев можно говорить о возможном сексуальном насилии. Однако формальные обвинения были сделаны менее чем в половине этих случаев. В другом исследовании заявлений по поводу сексуального насилия над детьми (145) обвинители приняли к рассмотрению 60% из присланных им заявлений.

Обязательное лечение правонарушителей

Обязательное лечение виновников насилия над детьми по решению суда принято во многих странах. Однако многие исследователи с этим не согласны, считая, что добровольная запись в программы по лечению предпочтительнее. Сторонники обязательного лечения полагают, что при отсутствии повторных юридических обвинений некоторые правонарушители откажутся проходить лечение. Противники же такого лече-

ния говорят, что насильственное лечение, навязанное судом, может вызвать сопротивление со стороны правонарушителей, и что добровольное участие обвиняемых полезнее для успешного лечения.

Меры на уровне общин

Такие меры часто фокусируются на избранных группах населения или на тех или иных учреждениях, например школах. Они могут быть также проведены в более широком масштабе — в ряде сегментов населения, например, или даже во всей общине — с привлечением специалистов многих секторов деятельности.

Школьные программы

Школьные программы по предупреждению сексуального насилия над детьми являются одной из наиболее широко применяемых превентивных стратегий; они были включены в школьные планы в нескольких странах. В Ирландии, например, превентивная программа «Оставайся в безопасности» сейчас внедрена почти во всех начальных школах при полной поддержке со стороны министерства образования и религиозных лидеров (146).

Эти программы разработаны для того, чтобы научить детей распознавать угрожающие ситуации и самим защищаться от жестокого обращения. В основе программ лежит идея показать детям, что они «владельцы» своего тела и могут контролировать доступ к нему, а также что существуют разные виды физического контакта. Детей обучают, как ответить взрослому, если он просит их сделать что-нибудь, что они считают неудобным. Школьные программы различаются по содержанию и по способу подачи материала. Многие привлекают к занятиям также родителей и воспитателей.

Хотя исследователи согласны с тем, что дети могут приобретать знания и навыки, чтобы защитить себя от жестокого обращения, остается вопрос, сохраняются ли эти навыки надолго и могут ли они действительно защитить ребенка, если он столкнется с жестоким обращением, в частности со стороны человека, который ему хорошо известен и которому он доверяет. По оценкам вышеупомянутой ирландской программы «Оставайся в безопасности» дети, участвовавшие в программе, продемонстрировали значительное улучшение знаний и

навыков (146); при этом навыки сохранялись еще через 3 месяца.

Недавно был проведен мета-анализ (147), который показал, что программы по предупреждению насилия весьма эффективны при обучении детей идеям и навыкам, связанным с защитой от сексуального насилия. Авторы также обнаружили, что запоминание этой информации было удовлетворительным. Однако они сделали вывод, что окончательное доказательство эффективности этих программ требует демонстрации того, что приобретенные навыки успешно используются в реальных жизненных ситуациях.

Кампании по предупреждению насилия и по образованию в этой области

Такие кампании — широко распространившиеся в последнее время — являются еще одним способом уменьшения жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними. Они основаны на предположении, что увеличение осведомленности и сознательности всего населения в этом вопросе снизит уровень злоупотреблений. Это может произойти прямо, когда виновники сами признают свое поведение насильственным и неверным и обратятся за помощью; или косвенно, если увеличится распознавание случаев жестокого обращения, и сообщать о них будут сами жертвы или третьи лица.

В 1991–1992 г. в Нидерландах прошла кампания в средствах массовой информации (148, 149). Ее цель заключалась в том, чтобы выявить жестокое обращение с детьми как с помощью самих жертв, так и тех, кто находится в тесном контакте с ними, например учителей. Кампания включала телевизионные документальные и короткометражные фильмы, рекламу, радиопрограмму и печатные материалы (плакаты, афиши, буклеты и газетные статьи). Были проведены региональные тренинги для учителей. Оценивая эту кампанию, Хофнагелс и Баартман (149) сделали вывод, что она повысила уровень раскрытия случаев насилия, так как увеличилось количество телефонных звонков в «Национальную службу ребенка» по сравнению с тем, что было до кампании. Однако вопрос о том, как влияет повышение уровня раскрываемости на уменьшение или увеличение жестокого обращения с детьми и на психическое здоровье жертв, нуждается в дальнейшем изучении.

ВСТАВКА 3.3**Предупреждение жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними в Кении**

В 1996 г. в Кении было создано объединение с целью повысить осведомленность общества о жестоком обращении с детьми и улучшить предоставление услуг жертвам насилия. Ранее обследование четырех районов Кении продемонстрировало, что жестокое обращение с детьми и отсутствие ухода за ними широко распространено в стране, а никаких организованных систем реагирования не существует. Членами объединения первоначально были сотрудники ключевых правительственных министерств и неправительственных организаций, занимающихся программами на уровне общин. Позднее к ним присоединились представители частного сектора, полиции, правоохранительных органов и главных больниц.

Все члены объединения прошли тренинг в отношении жестокого обращения и отсутствия ухода за ребенком. Были созданы три рабочие группы: одна, чтобы заниматься тренингами, другая — для юридической работы, и третья — для защиты детей. Каждая группа сотрудничала с соответствующими правительственным и неправительственным органами. Рабочая группа по тренингу, например, работала в союзе с министерствами образования, здравоохранения, внутренних дел и труда, организуя семинары для школьного персонала, работников здравоохранения, юристов, социальных работников и полиции. Группа правовой защиты сотрудничала с министерством информации и радиовещания и различными неправительственными организациями, создавая радио- и телепрограммы, а также работала в союзе с прессой в сельской местности.

Важно, что самих детей стали привлекать к проекту, проводя театральные и музыкальные конкурсы и конкурсы сочинений. Первоначально их проводили на местном уровне, а впоследствии на районном, провинциальном и национальном уровнях. Такие конкурсы теперь проводятся регулярно в школьной системе Кении.

Объединение также работало над улучшением системы сообщений о случаях жестокого обращения с детьми и контроля над ними. Оно помогало детскому отделу министерства внутренних дел в формировании соответствующей базы данных и создании сети правовой защиты детей, подвергшихся жестокому обращению («Сеть юридической помощи детям»). В 1998 и 1999 г. объединение провело региональные и национальные конференции, чтобы объединить исследователей и практиков в этой сфере.

В результате всех этих мер большее число кенийцев теперь осведомлено о проблеме жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них. Была также внедрена система реагирования на нужды пострадавших детей и семей.

Вмешательства, призванные изменить отношение общины к насилию и ее поведение

Другой подход к предупреждению жестокого обращения с ребенком — разработка скоординированных мер по изменению поведения общины и ее отношения к насилию, которые были бы эффективны в нескольких секторах деятельности. Один из примеров такой программы — всестороннее реагирование на жестокое обращение с детьми и

отсутствие ухода за ними в Кении (см. вставку 3.3).

В Зимбабве Центр по тренингам и поддержке исследований принял многосекторную программу, посвященную борьбе с сексуальным насилием над детьми (8). Центр создал группу из представителей общества, включая профессионалов, из городских и сельских районов страны. В этой группе проводились ролевые игры и обсуждения, просматривались спектакли и картины; при этом преследовалась цель выявить, как воспринимается

сексуальное насилие над ребенком и что можно сделать для того, чтобы предупредить и решить эту проблему.

После этого группа участников создала и внедрила две программы действий. Первая — школьная программа, разработанная в сотрудничестве с министерствами культуры и образования — предусматривала тренинг для школьных психологов, учителей, административного персонала и детей, создание и разработку материалов. Вторая — юридическая программа, разработанная совместно с министерством юстиции, запланированная для медсестер, работников негосударственных организаций, полиции и других силовых ведомств. Она предусматривала тренинги по темам, как справляться с виновниками сексуального насилия над детьми, а также как создать доброжелательное отношение к ранимым жертвам насилия в судах. Были также разработаны руководства о том, как сообщать о случаях насилия над детьми.

Меры на уровне общества Национальная политика и программы

Большинство превентивных методов защиты детей фокусируется на жертвах и виновниках насилия, почти не обращаясь к корням проблемы. Однако можно полагать, что при успешном решении проблемы бедности, улучшении уровня образования, увеличении возможностей для найма на работу, повышении доступности и качества услуг по уходу за детьми количество случаев жестокого обращения с ними может быть значительно снижено. Исследования в нескольких странах Западной Европы, а также в Канаде, Колумбии и в Азиатско-Тихоокеанском регионе показывают, что высококачественные программы, охватывающие детей младшего возраста, могут компенсировать социальное и экономическое неравенство и улучшить успехи детей (150). Однако непосредственных свидетельств того, что такие программы снижают уровень жестокого обращения с детьми, нет. При анализе результатов этих программ обычно оценивают развитие ребенка и школьные достижения.

Другие меры, которые косвенно могут повлиять на уровень жестокого обращения с детьми — это те, которые связаны с репродуктивным здоровьем. Предполагается, что либеральная политика в области репродуктивного здоровья дает возможность людям лучше контролировать размер своей семьи и что это, в свою очередь, приносит пользу женщи-

нам и детям. Такая политика предусматривает, например, большую гибкость в отношении работающих матерей и помощь по уходу за детьми.

Природа и размах таких мер, однако, также важны. Некоторые исследователи утверждают, что стратегии, ограничивающие размер семьи (например, политика «один ребенок» в Китае), снизили показатели жестокого обращения (151). А другие указывают на возросшее число брошенных девочек в Китае как доказательство того, что эти стратегии могут на самом деле увеличить количество случаев жестокого обращения.

Международные договоры

Генеральная Ассамблея ООН в ноябре 1989 г. приняла Конвенцию о правах ребенка. Ведущий принцип Конвенции заключается в том, что дети — это личности, имеющие те же права, что и взрослые. Поскольку дети зависят от взрослых, их мнение редко принимают во внимание, когда правительства разрабатывают стратегии. В то же время дети часто являются наиболее ранимой группой в том, что касается финансируемых правительством программ, связанных со средой обитания, жилищными условиями, здравоохранением и питанием. Конвенция о правах ребенка устанавливает четкие стандарты и обязанности по защите детей для всех подписавших ее наций.

Конвенция о правах ребенка — одна из самых широко ратифицированных международных конвенций. Ее влияние на защиту детей от жестокого обращения и отсутствия ухода полностью еще не осознано (см. вставку 3.4).

Рекомендации

Существует несколько основных областей деятельности, к которым должны обратиться правительства, исследователи, работники социальных органов, здравоохранения, образования, правоохранительных органов, неправительственных организаций и других групп с целью предупреждения жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними.

Улучшение оценки и мониторинга случаев насилия над детьми

Правительства должны отслеживать случаи жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними, а также ущерб, который они приносят. Такой мониторинг может включать сбор сообщений о случа-

ях насилия, составление периодических обзоров или применение других методов. Помощь в мониторинге должны оказывать академические учреждения, система здравоохранения и неправительственные организации. Поскольку во многих странах профессионалы не прошли тренингов по этому вопросу, а правительственные программы обычно отсутствуют, опора на официальные сообщения вероятно будет недостаточной для повышения обеспокоенности общества насилием над детьми и отсутствием ухода за ними. В таком случае необходимо проводить периодические опросы населения.

Улучшение системы реагирования

Необходимо, чтобы система реагирования на жестокое обращение и отсутствие ухода за ребенком была эффективна и к ней всегда можно было обратиться. На Филиппинах, например, частные и государственные больницы обеспечивают быстрое реагирование на жестокое обращение с ребенком, которое затем рассматривается правоохранительными органами (152). Очевидно, что дети должны получать помощь на всех стадиях. Расследование случаев насилия, врачебная оценка, медицинская (в том числе психиатрическая) помощь, семейное и юридическое вмешательство — все это необходимо для полной безопасности детей и семей. В странах, где существует традиция организации частных обществ помощи детям, которые оказывают такие услуги, возможно, понадобится контролировать только уход за детьми. Важно, чтобы государство гарантировало качество и доступность этих услуг и само оказывало их, если нет соответствующих частных учреждений.

Разработка стратегии

Правительства должны помогать местным учреждениям. Новые стратегии могут быть необходимы для того, чтобы:

- гарантировать наличие хорошо обученного персонала;
- разрабатывать системы реагирования с использованием многих отраслей деятельности;
- обеспечивать альтернативный уход за детьми (вне семьи);
- обеспечивать доступ к медицинским ресурсам;
- оказывать финансовую и иную помощь семьям.

Важная область политики, которую нужно разрабатывать — это улучшение способов обращения правоохранительных органов с детьми — жертвами жестокого обращения и отсутствия ухода. Некоторые страны вкладывают средства в создание и совершенствование судов для малолетних, стараются ограничить случаи, когда дети обязаны давать показания в суде, и обеспечивают присутствие при этом людей, поддерживающих ребенка.

Улучшение данных

Отсутствие надежных данных о степени и последствиях жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними сдерживают надлежащее реагирование на эту проблему во многих странах мира. Без хороших местных данных также трудно добиться озабоченности общества проблемой жестокого обращения с детьми и провести экспертизу этой проблемы силами работников здравоохранения, юридических и социальных служб. Хотя необходимо систематически исследовать жестокое обращение с детьми в каждой стране, исследователям нужно поощрять применять методы, уже успешно используемые в других местах с тем, чтобы можно было провести перекрестные культурные сравнения и найти причины различий между странами.

Увеличение исследований

Меры наказания

Необходимо больше исследовать определения приемлемых дисциплинарных мер, которые используются в различных культурах. Это поможет всем странам разработать действенное определение плохого обращения с ребенком и учесть культурные особенности каждой страны. Культурные традиции могут лежать в основе некоторых необычных видов жестокого обращения с детьми, о которых сообщалось в медицинской литературе (153). Некоторые из упомянутых выше данных заставляют предположить, что существует большее, чем думали раньше, согласие разных культур относительно того, какие меры наказания считать неприемлемыми и дурными. Необходимо, однако, изучить, можно ли также достичь согласия относительно очень грубых наказаний.

Отсутствие ухода

Существует также огромная потребность в большем исследовании проблемы отсутствия ухода за

ВСТАВКА 3.4**Конвенция о правах ребенка**

Конвенция о правах ребенка требует уважения прав человека применительно к детям. В частности, статья 19 призывает к законодательным, административным, социальным и образовательным действиям для защиты детей от всех форм насилия, включая жестокое обращение и отсутствие ухода.

Однако трудно оценить точное влияние Конвенции на уровень жестокого обращения с детьми. Большинство стран включает защиту детей от насилия в семейное законодательство, затрудняя получение подробной информации о прогрессе, которого достигли те, кто подписал Конвенцию, в вопросе предупреждения жестокого обращения с детьми. Более того, не было проведено ни одного глобального исследования, которое бы специально определило влияние Конвенции на предотвращение жестокого обращения.

Как бы то ни было, Конвенция стимулировала законодательную реформу и создание специальных, определенных законом, органов для рассмотрения вопросов, касающихся детей. В Латинской Америке, которая стала пионером в глобальном процессе ратификации Конвенции и реформировании законодательства, национальные парламенты приняли законы о том, что дети должны быть защищены от таких ситуаций риска, как отсутствие ухода, насилие и эксплуатация. Включение Конвенции в национальное законодательство привело к официальному признанию ключевой роли семьи в уходе за ребенком и его развитии. Это привело к тому, что помещение детей, подвергшихся плохому обращению, в приюты заменяется мерами по поддержке семьи и удалением из семьи виновников жестокого обращения.

Польша - одна из европейских стран, включивших условия Конвенции в свое внутреннее законодательство. Органы местного самоуправления в этой стране теперь ответственны за предоставление социальной, психиатрической и юридической помощи детям. В Африке Гана внесла изменение в свой уголовный кодекс, ужесточила наказания за изнасилование детей и сексуальные домогательства и лишила виновников таких действий права выбирать в качестве наказания штраф. Правительство этой страны также провело образовательные кампании по вопросам, связанным с правами детей, включая жестокое обращение с ними.

Однако лишь немногие страны имеют положения закона, охватывающие все формы насилия над детьми. Более того, отсутствие координации между различными министерствами и властями на национальном и местном уровне, а также другие факторы часто приводят к тому, что ратифицированные меры выполняются лишь частично. В Эквадоре, например, создан национальный орган по защите несовершеннолетних, но чтобы этот орган мог выполнять свои задачи, необходимо провести сначала реформу системы защиты детей. В Гане, в отсутствие средств для распространения информации и обеспечения необходимого тренинга, законодательная реформа имела лишь ограниченный эффект.

Неправительственные организации много сделали для защиты прав детей и провели кампании, чтобы поддержать Конвенцию. Органы по защите детей в ряде стран, включая Гамбию, Пакистан и Перу используют Конвенцию, чтобы требовать от государства вкладывать больше средств в защиту детей и увеличивать правительственное и неправительственное вмешательство в предотвращение жестокого обращения с детьми. В Пакистане, например, в провинции Северо-Западная Граница работает Объединение за права детей, которое обучает активистов общины тому, как защищать права детей, и выполняет исследования по проблеме жестокого обращения с детьми. Применяя свои собственные данные и юридические положения Конвенции, оно пытается заставить другие общинные организации быть более восприимчивыми к вопросу жестокого обращения с детьми.

Нужно, чтобы большее число стран включали права детей в свои социальные стратегии и предписывали своим правительственным учреждениям защищать эти права. Необходимы также специальные данные о насилии над детьми и о принятых в связи с этим мерах, чтобы можно было контролировать существующие программы и эффективно внедрять новые.

детьми. Поскольку проблема отсутствия ухода тесно связана с низким уровнем образования и низкими доходами, важно найти способ, как отличать отсутствие заботы родителей от лишений по причине бедности.

Факторы риска

Многие факторы риска, по-видимому, действуют сходным образом во всех обществах, и тем не менее есть некоторые, зависящие, вероятно, от культуры. В то время как существует тесная связь между риском жестокого обращения и возрастом ребенка, пиковые уровни физического жестокого обращения с детьми встречаются в разном возрасте в разных странах. Это явление требует дальнейшего исследования. В частности, необходимо узнать больше о том, какого поведения ожидают родители от детей в разных культурах, а также какую роль играют характеристики ребенка в появлении насилия.

Исследования требуют и другие факторы, которые считаются факторами риска или защитными факторами: стресс, социальный «капитал», социальная поддержка, домашнее насилие и злоупотребление веществами.

Также необходимо углубленное изучение того, как более широкие социальные, культурные и экономические факторы влияют на семейную жизнь. Как полагают, они взаимодействуют с индивидуальными и семейными факторами и формируют насильственные модели поведения. Большинство из них не принимается во внимание при изучении плохого обращения с детьми.

Документация эффективного реагирования

Лишь несколько исследований были проведены по вопросу эффективности реагирования на насилие над детьми и отсутствие заботы. Таким образом, и в развитых и в развивающихся странах существует острая необходимость строгой оценки описанных выше типов превентивного реагирования. Должны быть оценены с точки зрения способности предупреждать насилие и другие существующие методы вмешательства, например выплата денег для поддержки ребенка, оплата отцовского или материнского отпуска и программы по раннему детству. Наконец, следует создавать и опробовать новые подходы, особенно те, которые фокусируются на первичном предупреждении.

Улучшение образования специалистов

На профессионалах в области здоровья и образования лежит особая ответственность. Исследователи, работающие в сферах медицины и охраны здоровья, должны уметь планировать и проводить исследования в области плохого обращения с детьми. Учебные планы врачей и медсестер, студентов, изучающих социальные науки, и учителей должны включать изучение жестокого обращения с детьми и работу с различными организациями для реагирования на эту проблему. Ведущие специалисты этих областях должны проводить активную работу, чтобы привлечь всевозможные ресурсы для надлежащего исполнения таких планов.

Заключение

Жестокое обращение с детьми является серьезной глобальной проблемой, связанной со здоровьем. Хотя большинство исследований по ней было проведено в развитых странах, имеются убедительные доказательства того, что это явление широко распространено во всем мире.

Многое можно и нужно сделать для решения этой проблемы. Во многих странах общественность и специалисты здравоохранения еще недостаточно осознают ее серьезность. Причем осознание этой проблемы, хотя оно и необходимо для эффективного предупреждения, является только частью решения. Меры по предупреждению должны быть направлены непосредственно на детей, их воспитателей и среду, в которой они живут, чтобы исключить возможное жестокое обращение и отсутствие ухода и эффективно реагировать на случаи, которые уже произошли. Здесь требуется координация усилий целого ряда секторов, а исследователи в области здравоохранения и практикующие врачи могут сыграть ключевую роль, руководя процессом и облегчая его.

Библиография

1. Ten Bense RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. В книге: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17-24.

3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance. В книге: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6-11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67-77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75-88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. В книге: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119-135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249-270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23-33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259-268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265-277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959-973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467-516.
19. Reese RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517-543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543-1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233-247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7-14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47-80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multi-centre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75-87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168-177.
26. Nahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169-179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557-1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. [The problems of sexually abused children in Africa, or the imbroglio of a twin paradox: the example of Cameroon.] *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109-121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279-290.

31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667-675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275-1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493-498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837-847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355-1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129-139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489-498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839-853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435-447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163-1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157-161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381-391.
44. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565-581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823-832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409-417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31-53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257-267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70: 688-692.
53. Wolfe DA. *Child abuse: implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troeme NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320-335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339-362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629-635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219-239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579-1589.
61. *Equality, development and peace*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.

62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380-384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647-653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077-1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823-832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621-626.
67. Klevens J, Bayon MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323-332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463-465.
69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999:57-86.
71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54-69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33-41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481-1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the «Children of the Nineties»: a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177-1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150-157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047-1059.
78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. [Family relations and child abuse.] Santiago, United Nations Children's Fund, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.
81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. В книге: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197-208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814-819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3-28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12-18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907-920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218-226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79-90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262-1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019-1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311-346.

93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509-1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. London, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. London, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549-557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365-1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107-116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652-1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.
101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397-1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123-156.
103. Wattam C, Woodward C. «... And do I abuse my children? No!» Learning about prevention from people who have experienced child abuse. В книге: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65-78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637-643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting: recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9:1-223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451-1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40-47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271-283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. В книге: Whittaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. New York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31-64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127-1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273-278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159-169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461-1470.
116. *Child maltreatment*. Washington, DC, American Medical Association, updated periodically (доступен в Интернете на <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>).
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186-191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63-69.

119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105-108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Sante Publique*, 1998, 10:305-310.
121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548-553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207-286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. В книге: Reese RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23-45.
124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481-491.
125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331-336.
126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463-473.
127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34-39.
128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408-1423.
129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218-228.
130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468-473.
131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156-175.
132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122-132.
133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745-758.
134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. В книге: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193-216.
135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356-380.
136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295-306.
137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089-3096.
138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1-12.
139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781-1787.
140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? В книге: Gilbert N, ed. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:192-211.
141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172-3175.
142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414-419.
143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457-464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431-1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307-1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school

- programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975-987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091-1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557-573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94-114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685-1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. В книге: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453-466.

ГЛАВА 4

Насилие со стороны интимного партнера

Предварительные сведения

Одним из самых обычных видов насилия над женщинами является насилие со стороны мужа или интимного партнера. Положение женщин резко отличается от положения мужчин, которые чаще подвергаются насилию со стороны совершенно незнакомых людей или знакомых, но не из ближайшего окружения. Тот факт, что женщины часто экономически и эмоционально зависят от тех, кто применяет по отношению к ним насилие, оказывает основное влияние как на динамику насилия, так и на способы борьбы с ним.

Насилие со стороны интимного партнера встречается во всех странах и во всех социальных, экономических, религиозных и культурных группах. Хотя и женщины могут применять насилие по отношению к знакомым им мужчинам, и насилие также имеет место в однополых парах, все-таки основными жертвами партнерского насилия являются женщины, а виновниками — мужчины (6, 7). Поэтому данная глава будет рассматривать именно насилие, совершаемое мужчинами над своими партнерами-женщинами.

Женские организации во всем мире уже давно старались привлечь внимание к проблеме насилия над женщинами, в частности со стороны их интимных партнеров. Благодаря их усилиям насилие против женщин стало предметом международного внимания. Первоначально рассматриваемое как вопрос прав человека, сейчас насилие со стороны интимного партнера все чаще считается важной проблемой здравоохранения.

Масштабы проблемы

Насилием со стороны интимного партнера считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений. Такое поведение может включать в себя следующее:

- акты физической агрессии, такие как шлепки, нанесение ударов, пинки и избиение;
- психологическое насилие — запугивание и постоянное унижение;
- принудительный половой акт и другие формы сексуального принуждения;
- различные проявления контролирующего поведения, например изоляция от семьи и друзей, управление действиями и ограничение доступа к информации и помощи.

Повторяющееся нанесение ущерба в одних и тех же партнерских отношениях часто обозначают как «жестокое обращение».

В 48 обследованиях населения, проведенных в разных странах мира, от 10 до 69% женщин сообщили о физических нападениях на них их партнера-мужчины в тот или иной момент жизни (см. табл. 4.1). В Австралии, Канаде и США 3% женщин, когда-либо имевших постоянного сексуального партнера, подверглись физическому нападению с его стороны в течение последних 12 месяцев, а в Леоне (Никарагуа) — 27%. В Республике Корея эта цифра составляет 38% от числа всех замужних в настоящее время женщин, а в Палестине (на западном берегу Иордана и в секторе Газа) — 52% замужних женщин. Для многих из этих женщин физическое нападение было не единичным событием, а постоянно повторяющейся моделью жестокого поведения.

Исследования показывают, что физическое насилие в интимных связях часто сопровождается психологическим и (от одной трети до более чем половины случаев) сексуальным насилием (3, 8–10). В Японии из 613 женщин, которые подверглись насилию, 57% пострадали одновременно от трех его видов — физического, психологического и сексуального, и менее чем 10% — только от физического насилия (8). В Монтерее (Мексика) похожая ситуация: 52% женщин, подвергшихся физическому насилию со стороны партнера, пострадали также и от сексуального насилия (11). Рисунок 4.1 графически иллюстрирует частичное «перекрывание» типов насилия, совершаемого над женщинами, когда-либо имевшими сексуального партнера, в Леоне (Никарагуа) (9).

Женщины — жертвы физической агрессии в большинстве своем терпят агрессию многократно в течение некоторого времени. Например, по данным исследования, проведенного в Леоне, 60% женщин, пострадавших от насилия в течение предыдущего года, подверглись нападению более одного раза, а 20% — более шести раз. 70% женщин, сообщивших о физической агрессии, заявили также о жестоким обращении (12). Согласно исследованию, проведенному в Лондоне, на женщин, в настоящее время подвергающихся насилию, в течение предыдущего года было совершено в среднем семь физических нападений (13), в то время как в США согласно национальному исследованию 1996 г. совершалось три таких нападения (5).

ТАБЛИЦА 4.1

Физическое насилие над женщинами со стороны интимного партнера согласно избранным исследованиям населения, 1982–1999 г.

Страна или район	Год исследования	Охват населения	Выборка			Доля женщин, подвергшихся физическому насилию со стороны партнера (%)		
			Размер	Исследованное население ^a	Возраст	За предшествующие 12 месяцев	В данном партнерстве	Когда-либо в течение жизни
Африка								
Эфиопия	1995	Месканена Уореда	673	II	>15	10 ^b		45
Кения	1984–1987	Округ Кизири	612	VI	>15		42	
Нигерия	1993	Не указано	1 000	I	–			31 ^c
ЮАР	1998	Восточно-Капская провинция	396	III	18–49	11		27
		Мпумаланга	419	III	18–49	12		28
		Северная провинция	464	III	18–49	5		19
		По всей стране	10 190	III	15–49	6		13
Зимбабве	1996	Центральная провинция	966	I	>18			17 ^d
Латинская Америка и Карибский бассейн								
Антигуа	1990	По всей стране	97	I	29–45			30 ^d
Барбадос	1990	По всей стране	264	I	20–45			30 ^e
Боливия	1998	Три района	289	I	>20	17 ^c		
Чили	1993	Провинция Сантьяго	1 000	II	22–55		26/11 ^f	
	1997	Сантьяго	310	II	15–49	23		
Колумбия	1995	По всей стране	6 097	II	15–49		19	
Мексика	1996	Гвадалахара	650	III	>15			27
		Монтеррей	1 064	III	>15			17
Никарагуа	1995	Леон	360	III	15–49	27/20 ^g		52/37 ^g
	1997	Манагуа	378	III	15–49	33/28		69
	1998	По всей стране	8 507	III	15–49	12/8 ^f		28/21 ^f
Парагвай	1995–1996	По всей стране (исключая район Чако)	5 940	III	15–49			10
Перу	1997	Метро Лима (со средним и низким доходами)	359	III	17–55	31		
Пуэрто-Рико	1995–1996	По всей стране	4 755	III	15–49			13 ^g
Уругвай	1997	Два региона	545	III ^b	22–55	10 ^e		
Северная Америка								
Канада	1991–1992	Торонто	420	I	18–64			27 ^c
	1993	По всей стране	12 300	I	>18	3 ^{d,e}		29 ^{d,e}
США	1995–1996	По всей стране	8 000	I	>18	1,3 ^c		22 ^c
Азия и Западно-Тихоокеанский регион								
Австралия	1996	По всей стране	6 300	I	–	3 ^d	8 ^d	
Бангладеш	1992	По всей стране (сельская местность)	1 225	II	<50	19		47
	1993	Два сельских региона	10 368	II	15–49		42	
Камбоджа	1996	Шесть регионов	1374	III	–			16
Индия	1993–1994	Тамил Наду	859	II	15–39		37	
	1993–1994	Уттар Прадеш	983	II	15–39		45	
	1995–1996	Уттар Прадеш, пять районов	6 695	IV	15–65		30	
	1998–1999	По всей стране	89 199	III	15–49	11 ⁱ		19 ^j
	1999	Шесть штатов	9 938	III	15–49	14		40/26
Папуа–Новая Гвинея	1982	По всей стране, в сельской местности	628	III ^b	–			67
	1984	Порт Морсби	298	III ^b	–			56
Филиппины	1993	По всей стране	8 481	V	15–49			10
	1998	Кагаян-де-Оро и Провинция Букиднон	1 660	II	15–49			26 ⁱ
Республика Корея	1989	По всей стране	707	II	>20	38/12 ^f		
Таиланд	1994	Бангкок	619	IV	–		20	

ТАБЛИЦА 4.1 (продолжение)

Страна или район	Год исследования	Охват населения	Выборка			Доля женщин, подвергшихся физическому насилию со стороны партнера (%)		
			Размер	Исследованное население ^a	Возраст	За предшествующие 12 месяцев	В данном партнерстве	Когда-либо в течение жизни
Европа								
Нидерланды	1986	По всей стране	989	I	20–60			21/11 ^{c,f}
Норвегия	1989	Трондгейм	111	III	20–49			18
Республика Молдова	1997	По всей стране	4 790	III	15–44	>7		>14
Швейцария	1994–1996	По всей стране	1 500	II	20–60	6 ^e		21 ^e
Турция	1998	Восточная и Юго-Восточная Анатolia	599	I	14–75			58 ^c
Великобритания	1993	Северный Лондон	430	I	>16	12 ^c		30 ^c
Восточное Средиземноморье								
Египет	1995–1996	По всей стране	7 121	III	15–49	16 ⁱ		34 ^g
Израиль	1997	Арабское население	1 826	II	19–67	32		
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	1994	Палестинское население	2 410	II	17–65	52/37 ^f		

Источник: исследование 6 с разрешения издателя.

^a Исследованное население: I = все женщины; II = сейчас замужем/имеет партнера; III = когда-либо была замужем/имела партнера; IV = женатые мужчины, сами сообщившие о применении насилия против своих жен; V = женщины, имеющие в результате беременность; VI = замужние женщины - половина имеет в результате беременность, половина нет.

^b За последние три месяца.

^c Группа выборки, включавшая женщин, никогда не состоявших в связи и поэтому не имеющих риска насилия со стороны партнера.

^d Хотя выборка включает всех женщин, процент жестокого обращения приводится для бывших когда-либо замужем/имевших партнера женщин (их число не указано).

^e Физическое или сексуальное нападение.

^f Только плохое/жестокое физическое обращение.

^g Доля женщин, когда-либо бывших замужем/имевших партнера, подвергшихся плохому обращению, повторно рассчитанная по данным автора.

^h Использовались методы выборки, отличные от случайного.

ⁱ Включает нападения со стороны других лиц.

^j Виновником может быть член семьи или близкий друг.

Определение степени насилия со стороны партнера

В проводимых обследованиях женщин часто спрашивают, испытывали ли они насилие, упомянутое в списке, который включает шлепки, удары, пинки, избиение, угрозу оружием. Исследования показали, что на вопросы о конкретном поведении типа «Принуждали ли вас когда-либо к половому акту против вашей воли?» дают обычно большее количество положительных ответов, чем на вопросы о «плохом обращении» или «изнасиловании» (17). Конкретные вопросы позволяют исследователям определить относительную жестокость и частоту применяемого насилия. Физические действия, более грубые, чем шлепки, толкание или бросание предмета обычно определяются в обследованиях как «жестокое насилие», хотя некоторые исследователи возражают против определения жестокости исключительно действием (18).

Фокусирование исключительно на действиях может также скрыть атмосферу террора, которая

иногда пронизывает партнерства, основанные на насилии. Например, в Канаде в национальном исследовании насилия по отношению к женщинам

РИСУНОК 4.1

«Перекрытие» сексуального, физического и психологического насилия, которое испытывают женщины в Леоне (Никарагуа) (всего было обследовано 360 женщин, когда-либо имевших партнера)



Источник: исследование 9.

ВСТАВКА 4.1**Как сделать данные по насилию со стороны интимного партнера более сопоставимыми**

На качество и сопоставимость данных о насилии со стороны интимного партнера могут влиять различные факторы, в том числе:

- противоречия в определении плохого обращения и насилия;
- различия в критериях, выбранных для участников обследования;
- различия, которые зависят от источников данных;
- желание или нежелание респондентов говорить открыто и честно о пережитом насилии.

Из-за влияния этих факторов большинство данных по насилию со стороны партнера, полученных в различных обследованиях, несопоставимы напрямую. Например, не все обследования различают виды насилия, так что не всегда можно различить физическое, сексуальное и психологическое насилие. Некоторые обследования изучают акты насилия только за последние 12 месяцев или 5 лет, в то время как другие исследуют опыт всей жизни.

Существует также значительное расхождение в том, какие группы населения обследовались. Многие исследования партнерского насилия учитывают всех женщин со специальным ранжированием по возрасту, тогда как другие исследователи опрашивают только тех женщин, которые сейчас замужем или тех, кто были замужем. Как возраст, так и семейное положение влияют на риск для женщин пострадать от плохого обращения партнера. Критерии отбора участников могут поэтому сильно влиять на показатели распространенности насилия среди населения.

Оценка распространенности насилия, вероятно, также зависит от источника данных. Несколько национальных исследований получили более низкие показатели распространенности партнерского насилия, чем не такие большие, но более глубокие исследования. Последние обычно больше концентрируются на взаимодействии между опрашивающими и опрашиваемыми. Эти исследования также способны описывать свой предмет с гораздо большими подробностями, чем большинство национальных обзоров. Оценки, полученные этими двумя видами исследований, могут также различаться из-за некоторых ранее упомянутых факторов, включая различия в исследованных группах населения и разное определение насилия.

Увеличение степени откровенности

Все исследования такой деликатной темы как насилие стоят перед проблемой, как добиться от людей откровенных ответов на вопросы об интимных аспектах их жизни. Успех будет частично зависеть от того, каким образом сформулированы и поставлены вопросы, а также от того, насколько комфортно чувствуют себя опрашиваемые во время опроса. Последнее зависит от таких факторов как пол интервьюера, продолжительность опроса, присутствие при опросе других людей, заинтересованность и непредубежденность интервьюера.

Степень открытости респондентов могут увеличить различные стратегии, в том числе:

- предоставление интервьюируемому нескольких возможностей для описания насилия;
- применение вопросов, описывающих конкретное поведение, а не абстрактных вопросов типа «С вами когда-либо обращались плохо?»;
- тщательный подбор интервьюирующих, обучение их налаживанию хороших контактов с респондентами;
- предоставление поддержки интервьюируемым, благодаря которой они смогут избежать мести со стороны жестокого партнера или члена семьи.

Безопасность как опрашиваемых, так и опрашивающих нужно всегда принимать во внимание для улучшения исследования насилия.

Всемирная организация здравоохранения недавно опубликовала руководства по вопросам этики и безопасности при исследовании насилия против женщин (15). Чтобы улучшить сопоставимость результатов, разрабатываются руководства по определению и измерению степени партнерского насилия и сексуальных нападений. Некоторые из руководств в настоящее время доступны (16).

одна треть всех женщин, подвергшихся физическому нападению со стороны партнера, сказали, что в течение того времени, что они состоят в партнерстве, они хотя бы однажды испытывали страх за свою жизнь (19). Хотя международные исследования концентрируются на физическом насилии, так как его легче осмыслить и определить его степень, качественные исследования показали, что многие женщины находят психологическое насилие и унижение еще более невыносимыми, чем физическое насилие (1, 20, 21).

Насилие и убийства

Данные исследований, проведенных во многих странах, показывают, что насилие со стороны партнера часто приводит к убийствам женщин. Исследования в Австралии, Канаде, Израиле, ЮАР и США показывают, что 40–70% убийств женщин произошли по вине их мужей и партнеров, часто в рамках отношений, в которых постоянно применялось насилие (22–25). Это резко отличается от ситуации с убийствами среди мужчин. Например, в США в период с 1976 по 1996 г. 4% всех убийств мужчин были совершены их женами, бывшими женами и партнершами (26). В Австралии с 1989 по 1996 г. этот показатель составил 8,6% (27).

Картину убийств интимных партнеров в разных странах определяют культурные факторы и доступность оружия. В США огнестрельным оружием женщин убивают чаще, чем всеми другими видами оружия (28). В Индии огнестрельное оружие встречается редко, но широко распространены избиение и убийство посредством сожжения. Часто женщин обливают керосином и поджигают, а затем заявляют, что она умерла вследствие «несчастливого случая на кухне». Чиновники индийского здравоохранения подозревают, что за официальной статистикой «ожогов в результате несчастного случая» скрывается на самом деле множество убийств женщин. Одно исследование в середине 1980-х годов обнаружило, что среди женщин в возрасте от 15 до 44 лет в Большом Бомбее и сельских местностях штата Махараштра каждая пятая смерть приписывалась «случайным ожогам» (29).

Традиционные понятия о мужской чести

Во многих местах понятия о мужской чести и о женском целомудрии ставят женщину в положение

риска (см. также главу 6). Например, кое-где в Восточном Средиземноморье мужская честь часто связывается с сексуальной «чистотой» женщин в семье мужчины. Если женщина «осквернена» сексуально — из-за изнасилования или если она добровольно вступила в сексуальные отношения вне брака — считается, что она позорит семейную честь. В некоторых общинах единственный способ защитить в таком случае семейную честь — убийство «согрешившей» женщины или девушки. Исследование убийств среди женщин в Александрии (Египет) выявило, что 47% женщин были убиты родственниками после того, как они были изнасилованы (30).

Динамика насилия со стороны партнера

Недавние исследования в индустриальных странах показывают, что в партнерских отношениях встречаются разные формы насилия. Имеется, по меньшей мере (31,32), две модели:

- жестокая, которая характеризуется несколькими формами плохого обращения одновременно и возрастающей степенью собственнического и контролирующего поведения со стороны обидчика;
- более умеренная форма, когда партнеры постоянно чувствуют фрустрацию и раздражение, которые время от времени выливаются в физическую агрессию.

Исследователи предполагают, что обследования, проводимые в общинах, больше подходят для выявления второго, более умеренного типа насилия, так называемого «обычного партнерского насилия», чем для первого, известного как «жестокое обращение». Это может объяснить, почему исследования насилия в общинах в индустриальных странах часто свидетельствуют о фактах физической агрессии со стороны женщин, хотя большинство жертв, обращающихся за помощью в специальные учреждения (например, в убежища), полицию и суды — женщины, пострадавшие от мужчин. В индустриальных странах женщины могут участвовать в обычном семейном насилии, однако существует очень мало свидетельств того, что они подвергают мужчин жестоким избиениям, которые часто обнаруживаются у женщин при проведении исследований в больницах (32,33).

Точно так же исследования показывают, что насилие над мужчинами и женщинами влечет за со-

бой разные последствия; у мужчин и женщин разная мотивация для совершения насилия. Исследования в Канаде и в США показали, что женщины гораздо чаще получают травмы от агрессивного поведения интимного партнера и что женщины больше страдают от жестоких форм насилия (5, 34–36). В Канаде женщины – жертвы насилия со стороны партнера в три раза чаще получают травмы, в пять раз чаще обращаются за медицинской помощью и в пять раз чаще боятся за свою жизнь, чем жертвы-мужчины (36). Если насилие совершает женщина, то вероятнее всего в качестве самообороны (32,37, 38).

В традиционных обществах считается, что мужчина имеет право физически наказывать свою жену, а значит и избивать ее — подобные результаты были получены исследователями в таких разных странах, как Бангладеш, Камбоджа, Индия, Мексика, Нигерия, Пакистан, Новая Гви-

нея, Объединенная Республика Танзания и Зимбабве (39–47). Культурные оправдания насилия обычно имеют в основе традиционные представления о роли мужчины и женщины в обществе. Во многих обществах предполагается, что женщины должны заботиться о доме и детях и демонстрировать по отношению к мужу послушание и уважение. Если мужчина чувствует, что его жена плохо исполняет свою роль или же переступила границы — даже тем, например, что попросила денег на хозяйство или подчеркнула нужды детей — тогда его реакцией может быть насилие. Автор исследования, проведенного в Пакистане, отмечает: «Избиение жены считается оправданным в качестве наказания с точки зрения культуры и религии... Так как мужчины считаются «владельцами» своих жен, они должны показывать, кто здесь главный, чтобы избежать нарушений в дальнейшем».

ТАБЛИЦА 4.2

Количество (в %) респондентов, одобряющих использование насилия против жены, и причины применения насилия; по данным избранных исследований, проведенных в 1995–1999 г.

Страна или район	Год	Респондент	Основная причина физического насилия			
			Она не заботится о детях и доме	Она отказывает ему в сексуальном контакте	Он подозревает ее в неверности	Она грубит или не слушается
Бразилия (Сальвадор, Байя)	1999	M	–	–	19 ^a	–
		F	–	–	11 ^a	–
Чили (Сантьяго)	1999	M	–	–	12 ^a	–
		F	–	–	14 ^a	–
Колумбия (Кали)	1999	M	–	–	14 ^a	–
		F	–	–	13 ^a	–
Египет	1996	Города F	40	57	–	59
		Села F	61	81	–	78
Сальвадор (Сан-Сальвадор)	1999	M	–	–	5 ^a	–
		F	–	–	9 ^a	–
Гана ^b	1999	M	–	43	–	–
		F	–	33	–	–
Индия (Уттар-Прадеш)	1996	M	–	–	–	10–50
Новая Зеландия	1995	M	1	1	5 ^c	1 ^d
Никарагуа ^e	1999	Города F	15	5	22	–
		Села F	25	10	32	–
Сингапур	1996	M	–	5	33 ^f	4
Венесуэла (Каракас)	1999	M	–	–	8 ^a	–
		F	–	–	8 ^a	–
Западный берег реки Иордан и сектор Газа ^g	1996	M ^h	–	28	71	57

Источник: исследование 6 с разрешения издателя.

M = мужчина, F = женщина; – указывает на то, что вопрос не задавался.

^a «Неверная жена заслуживает избиения».

^b 51% мужчин и 43% женщин согласились, что «муж прав, когда избивает свою жену, если она использует планирование семьи без его ведома».

^c «Он застаёт ее в постели с другим мужчиной».

^d «Она не делает того, что ей говорят».

^e 11% сельских женщин и 23% городских согласны в том, что «муж прав, избивая свою жену, если она уходит без его разрешения».

^f «Она состоит в сексуальной связи с другим мужчиной».

^g 23% мужчин считают, что «избиение жены оправдано, если она не уважает родственников мужа».

^h Палестинское население.

Широкий круг исследований как в индустриальных, так и в развивающихся странах позволил создать список поступков, которые могут спровоцировать насилие со стороны партнера (39–44). Это:

- неподчинение мужчине;
- споры;
- еда, не приготовленная вовремя;
- недостаточный уход за детьми или домом;
- расспрашивание мужа (партнера) о его зарплатах или подругах;
- уход куда-либо без разрешения мужчины;
- отказ мужчине в сексуальном контакте;
- подозрение в неверности жены.

Во многих развивающихся странах женщины часто соглашались с тем, что мужчины имеют право наказывать своих жен, причем если требуется, то с применением силы (см. табл. 4.2). В Египте более 80% женщин в деревнях разделяют мнение, что избиения оправданы в некоторых ситуациях (48). Знаменательно, что одна из причин, которую женщины называют в качестве допустимого повода для избиения — это отказ мужчине в сексуальном контакте (48–51). Неудивительно, что отказ в сексуальном контакте действительно является одной из причин избиения по словам женщин (40, 52–54). Такая ситуация явно имеет отношение к способности женщин защищать себя от нежелательной беременности и болезней, передаваемых половым путем.

Общества часто различают «справедливые» и «несправедливые» причины насилия, а также «приемлемые» и «неприемлемые» степени насилия. Таким образом, некоторым индивидуумам — обычно мужьям или старшим членам семьи — дано право (в некоторых пределах) наказывать женщин за определенные проступки. Посторонние могут вступить только в том случае, если мужчина переступает границы — например, ведет себя слишком жестоко или избивает женщину без достаточной на то причины (39, 43, 55, 56).

Понятие «справедливой причины» отмечается во многих качественных данных о насилии в развивающемся мире. Одна женщина в Мексике (индианка) сделала наблюдение: «Я думаю, если жена виновата, муж имеет право ударить ее... Если я сделала что-то неверно, никто не должен защищать меня. Но если я не сделала ничего неверного, я имею право на защиту» (43). Сходные мнения вы-

явлены среди участников фокусной группы в северной и южной Индии. «Если жена совершила серьезный проступок, — отметила одна женщина в Тамилнаде, — тогда муж вправе побить ее. Почему нет? Корова не будет повиноваться, если ее не накажут» (47).

Однако даже там, где сама культура предоставляет мужчинам значительный контроль над поведением женщины, мужчины, применяющие насилие, обычно превышают норму (49, 57, 58). Например, исследование по демографии и здравоохранению в Никарагуа демонстрирует, что 32% женщин, с которыми физически жестоко обращались, высоко оценили своих мужей по шкале «мужской контроль», а из женщин, с которыми не обращались физически жестоко, так оценили своих мужей только 2%. Шкала описывала поведение мужа в некотором диапазоне, включая постоянное обвинение жены в неверности и ограничение ее доступа к семье и друзьям (49).

Как женщины реагируют на жестокое обращение?

Качественные исследования подтвердили, что женщины, с которыми наиболее жестоко обращаются, обычно не бывают пассивными жертвами, но применяют активную стратегию для максимизации своей безопасности и безопасности детей. Некоторые женщины оказывают сопротивление, другие спасаются бегством, тогда как третьи пытаются сохранить мир, уступая требованиям своих мужей (3, 59–61). Иногда стороннему наблюдателю кажется, что у женщины отсутствует реакция на насилие, но на самом деле она может оценивать ситуацию с точки зрения того, что требуется для выживания в браке и для защиты себя и своих детей.

Реакция женщины на жестокое обращение часто ограничена имеющимся у нее выбором (60). В подробных качественных обследованиях женщин в США, Африке, Латинской Америке, Азии и Европе показано, что разные факторы могут удерживать женщин в браках (партнерствах), где используют насилие. Они обычно включают: страх мести, отсутствие альтернативных средств экономической поддержки, беспокойство о детях, эмоциональная зависимость, отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей и неискоренимая надежда, что мужчина изменится (9, 40, 42, 62, 63). В развивающихся странах женщины называют в ка-

ТАБЛИЦА 4.3

Количество женщин (в %), подвергшихся физическому насилию, которые обращались за помощью в разные источники, согласно данным избранных обследований населения

Страна или район	Выборка (N)	Доля женщин, подвергшихся физическому насилию, которые			
		никогда никому о нем не говорили	сообщили в полицию	рассказали друзьям	рассказали семье
Австралия ^a	6 300	18	19	58	53
Бангладеш	10 368	68	–	–	30
Канада	12 300	22	26	45	44
Камбоджа	1 374	34	1	33	22
Чили	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Египет	7 121	47	–	3	44
Ирландия	6 679	–	20	50	37
Никарагуа	8 507	37	17	28	34
Республика Молдова	4 790	–	6	30	31
Великобритания	430	38	22	46	31

Источник: исследование 6 с разрешения издателя.

^a Женщины, которые подверглись физическому насилию за последние 6 месяцев.

^b Женщины, которые сообщили о насилии своей семье.

^c Женщины, которые сообщили о насилии семье своего партнера.

честве дополнительного барьера, мешающего бросить партнера, применяющего силу, также бесчестие, связанное с тем, что они окажутся не замужем (40, 56, 64).

Страх подвергнуться остракизму часто мешает женщинам найти помощь. Исследования показали, что от 20 до 70% женщин, подвергающихся жестокому обращению, никогда не говорили об этом другому человеку до того, как их опросили при проведении исследования (см. табл. 4.3). Те же, кто обращаются за помощью, чаще идут к родственникам или друзьям, чем в учреждения. Только меньшинство обращается в полицию.

Несмотря на препятствия многие женщины, подвергающиеся жестокому обращению, в конце концов все-таки оставляют своего партнера, иногда спустя много лет, когда дети уже выросли. Например, согласно исследованию, проведенному в Леоне (Никарагуа), 70% женщин в конце концов покинули своих жестоких партнеров (65). Среднее время, которое женщины провели в насильственных взаимоотношениях, составило около 6 лет, хотя более молодые женщины, вероятно, покидают своих партнеров скорее (9). Исследования позволяют предположить, что существует один и тот же набор факторов, заставляющий женщин бросать своих партнеров, постоянно плохо с ними обращающихся. Обычно это происходит, когда насилие принимает жестокие формы, достаточные, чтобы понять, что партнер не собирается меняться, или когда ситуация начинает заметно влиять на детей. Женщины также упоминали эмоциональ-

ную и материальную поддержку от семьи или детей как стержневые факторы в их решении разорвать отношения (61, 63, 66–68).

Согласно исследованиям освобождение от жестокого партнерства происходит не сразу, это не событие, а процесс. Большинство женщин уходят и возвращаются несколько раз, пока не примут окончательное решение разорвать отношения. Процесс включает периоды отказа от ухода, самообвинения и страдания, прежде чем женщины приходят к пониманию реальности жестокого обращения и сравнивают свое положение с положением других жен-

щин. С этого момента начинается освобождение и «выздоровление» от жестоких отношений (69). Признание сложности этого процесса может помочь людям лучше понимать и меньше осуждать женщин, которые возвращаются к своим партнерам, применяющим насилие.

К сожалению, прекращение таких отношений само по себе не всегда означает безопасность. Насилие иногда продолжается и может даже усилиться после ухода женщины от своего партнера (70). В Австралии, Канаде и США значительная доля убийств женщин интимными партнерами происходит примерно в то время, когда женщина пытается уйти (22, 27, 71, 72).

Каковы факторы риска насилия со стороны интимного партнера?

Исследователи только недавно начали поиск факторов, индивидуальных и общинных, которые влияют на уровень партнерского насилия. Насилие над женщинами обнаружено в большинстве стран, но не везде — оказывается, имеются примеры доиндустриальных обществ, где насилие со стороны партнера по существу отсутствует (73, 74). Этот факт доказывает, что социальные отношения можно организовать таким образом, чтобы минимизировать насилие над женщинами.

Во многих странах распространенность домашнего насилия существенно различается на соседних территориях. Эти местные различия часто значительнее, чем различия между странами. Например, в штате Уттар-Прадеш (Индия) доля муж-

чин, отметивших, что они били своих жен, колебалась от 18% в районе Найнтал до 45% в районе Банда. Доля тех, кто физически принуждал своих жен к половым актам, варьировала от 14 до 36% в разных районах (см. табл. 4.4). Такие различия вызывают интересный вопрос: что в окружающей обстановке в этих районах приводит к такой большой разнице в полученных результатах?

В последнее время появилась большая заинтересованность в исследовании таких вопросов, хотя существующая в настоящее время база исследований не соответствует поставленной задаче. Современное понимание факторов, влияющих на распространенность партнерского насилия, базируется в основном на исследованиях, проведенных в Северной Америке, которые не всегда релевантны для других условий. Проведен ряд исследований в развивающихся странах, но они касаются небольшого числа факторов и имеют небольшую выборку, поэтому их полезность для исследования риска и защитных факторов ограничена. Вообще исследователи склоняются больше к изучению индивидуальных факторов, чем общинных или общественных, которые тоже могут влиять на вероятность жестокого обращения.

На самом деле, хотя наметилось согласие в том, что причиной жестокого обращения является взаимодействие личных, ситуационных, социальных и культурных факторов (55, 75), какие из этих факторов наиболее важны, все еще непонятно. Таблица 4.5 суммирует факторы, которые кажутся больше всего связанными с риском совершения насилия против интимного партнера. Эта информация, однако, должна рассматриваться как неполная и предварительная. Несколько важных факторов могли быть пропущены, так как никакие исследования не проверили их значимость, а другие факторы, по-видимому, могут просто находиться в некотором отношении к агрессии партнера, но не быть истинной причиной насилия.

Индивидуальные факторы

Блэк и др. недавно проанализировали научные публикации в Северной Америке, касающиеся факторов риска физического нападения на ин-

ТАБЛИЦА 4.4

Отношение мужчин к насилию над женой и данные об использовании насилия в нескольких районах в Уттар-Прадеш (Индия) в 1995–1996 г.

Страна или район	Размер выборки (N)	Процент мужчин, которые			
		допускают принуждение жены к сексу	согласны с тем, что если жена не слушается, ее нужно бить	допускают избивание жены	били жену в прошлом году
Алигарх	323	31	15	29	17
Банда	756	17	50	45	33
Гонда	369	36	27	31	20
Канпур Нагар	356	14	11	22	10
Найнтал	277	21	10	18	11

Источник: воспроизведено из исследования 6 с разрешения издателя.

тимного партнера (76). Они рассмотрели только те исследования, которые на их взгляд использовали разумную методику и основывались на репрезентативной общинной выборке или выборке пациентов клиник с соответствующей контрольной группой. В результате анализа был найден ряд демографических и личностных факторов и факторов персональной истории, которые последовательно связаны с вероятностью, что мужчина будет использовать физическую силу в отношениях с интимным партнером. Среди постоянных демографических факторов риска были молодость и низкий доход.

Некоторые исследования выявили соотношение между применением физической силы и суммарной величиной социоэкономического статуса и уровня образования, хотя эти результаты не всегда совпадают. Исследование по здравоохранению и развитию в Данедине (Новая Зеландия) — одно из немногих продольных исследований когорты рождаемости для изучения насилия со стороны партнера — показало, что бедность семьи, в которой рос ребенок или подросток, слабые успехи в учебе и агрессивное поведение, переходившее рамки закона, в возрасте 15 лет часто обуславливали то, что в возрасте 21 года такие мужчины плохо обращались со своими партнершами (77). Это исследование было одним из немногих, которые позволили оценить, одинаковы ли факторы риска партнерской агрессии для женщин и мужчин.

История насилия в семье

Среди факторов личной истории особенно сильным считается насилие в семье, из которой происходит человек. Исследования в Бразилии, Камбодже, Канаде, Чили, Колумбии, Коста-Рике, Сальва-

ТАБЛИЦА 4.5

Факторы, ассоциируемые с риском, что мужчина будет плохо обращаться со своей партнершей

Индивидуальные факторы	Факторы отношений	Общинные факторы	Общественные факторы
<ul style="list-style-type: none"> • Молодость • Употребление спиртных напитков в большом количестве • Депрессия • Личностные расстройства • Плохая успеваемость в школе и других учебных заведениях • Низкий доход • Столкновение с насилием в детстве в качестве свидетеля или жертвы 	<ul style="list-style-type: none"> • Семейный конфликт • Нестабильность в семье • Господство мужчины в семье • Экономический стресс • Плохое функционирование семьи 	<ul style="list-style-type: none"> • Слабые санкции общины против домашнего насилия • Бедность • Небольшой социальный «капитал» 	<ul style="list-style-type: none"> • Традиционные гендерные нормы • Общественные нормы, поддерживающие насилие

доре, Индонезии, Никарагуа, Испании, США и Венесуэле выявили, что жертвами плохого обращения были чаще те женщины, чьих мужей или их самих били в детстве или они были свидетелями, когда били их мать (12, 57, 76, 78–81). Хотя мужчины, которые применяют физическую силу в обращении со своими женами, часто имели опыт насилия в своем прошлом, отнюдь не все мальчики — свидетели или жертвы жестокого обращения, вырастая, сами применяют насилие (82). Здесь появляется важный теоретический вопрос: что отличает тех мужчин, которые могут создавать здоровые ненасильственные отношения несмотря на неблагоприятную обстановку в детстве, от тех, кто все-таки становится виновником насилия в своей семье?

Употребление алкоголя мужчинами

Другой маркер риска партнерского насилия, который, по-видимому, постоянен повсюду в мире — это употребление алкоголя мужчинами (81, 73–85). Согласно мета-анализу Блэка и др., упомянутому выше, все исследования, которые изучали употребление алкоголя или сильное пьянство в качестве фактора риска партнерского насилия, обнаружили здесь явную связь, причем корреляционные коэффициенты колебались от $r = 0,21$ до $r = 0,57$. Исследования населения в Бразилии, Колумбии, Коста-Рике, Сальвадоре, Индии, Индонезии, Никарагуа, Южной Америке, Испании и Венесуэле также выявили связь между риском для женщин пострадать от насилия и пьянством партнера (9, 19, 79–81, 86, 87).

Однако имеет место серьезная дискуссия о характере связи между употреблением алкоголя и насилием и о том, является ли оно истинной при-

чиной насилия. Многие исследователи полагают, что алкоголь действует как ситуационный фактор, увеличивая вероятность насилия из-за снижения внутренних запретов, ухудшения способности индивида здраво судить и правильно интерпретировать ситуацию (88). Чрезмерное опьянение может также увеличить риск насилия из-за того, что дает пищу для споров между супругами. Другие исследователи доказывают, что связь между насилием и алкоголем культурно обусловлена и существует только там, где общество полагает, что определенное поведение, возникающее в результате опьянения, извинительно (89, 90). В ЮАР, например, мужчины говорят о том, что они принимают алкоголь преднамеренно, чтобы набраться храбрости для избития своих партнерш — ведь именно этого, как они полагают, от них ожидает общество (91).

Несмотря на противоречивые мнения о том, является ли злоупотребление алкоголем причиной насилия, существуют данные о том, что женщины, проживающие с пьяницами, подвергаются гораздо большему риску физического насилия и что пьяные мужчины ведут себя более жестоко при нападении (57). Например, согласно обследованию ситуации с насилием против женщин в Канаде женщины, живущие с пьяницами, подвергаются насилию с их стороны в пять раз чаще, чем женщины, партнеры которых не пьют (19).

Личностные расстройства

Ряд исследований попытались определить, есть ли постоянная связь между некоторыми личностными факторами или расстройствами и партнерским насилием. Исследования в Канаде и США показывают, что мужчины, нападающие на своих жен, чаще бывают эмоционально зависимы, неуверенны,

у них заниженная самооценка и они чаще испытывают сложности в контроле своих импульсов (33). Они также чаще, чем их ровесники, не применяющие силу, проявляют злость и жестокость, испытывают депрессию и имеют высокий уровень личностных расстройств, оцененных по определенным шкалам, включая диссоциальные, агрессивные и пограничные личностные расстройства (76). Хотя уровень психопатологии в принципе выше среди мужчин, которые жестоко обращаются со своими женами, не все жестокие мужчины демонстрируют психологические расстройства. Уровень партнерского насилия, связанного с психопатологией, по-видимому, ниже в тех местах, где партнерское насилие широко распространено.

Факторы отношений

На межличностном уровне наиболее постоянным маркером партнерского насилия является семейный конфликт и разногласия в отношениях. В обзоре Блэка и др. (76) во всех исследованиях говорится, что семейный конфликт имеет умеренную или сильную связь с применением силы партнером-мужчиной. В исследовании женщин и мужчин в ЮАР (87) и репрезентативной выборки женатых мужчин в Бангкоке (Таиланд) (92) также было обнаружено, что такой конфликт является предвестником насилия. В исследовании в Таиланде вербальный семейный конфликт признан имеющим значительную связь с физическим нападением на жену, даже с учетом социоэкономического статуса, уровня стресса у мужа и других аспектов, связанных с браком, например, товарищеских отношений и стабильности (92).

Факторы общины

Высокий социоэкономический статус, как было обнаружено, в принципе является некоторой защитой от риска физического насилия против интимного партнера, хотя есть и исключения (39). Исследования, проведенные в широком круге мест, показывают, что, хотя физическое партнерское насилие существует во всех социоэкономических группах, женщины, живущие в бедности, подвержены насилию в непропорционально большой степени (12, 19, 49, 78, 79, 81, 92–96).

Пока не ясно, почему бедность увеличивает риск насилия — происходит ли это из-за низкого дохода самого по себе или из-за других факторов,

сопровождающих бедность, таких как перенаселенность жилищ или общая безнадежность жизни. У некоторых мужчин, живущих в бедности, по-видимому, наблюдается стресс, фрустрация и чувство вины из-за того, что они не могут обеспечить семью, т.е. соответствовать своей роли, ожидаемой от них обществом. Это может также способствовать супружескому разладу или затруднять освобождение женщин от насильственных или неудовлетворительных по какой-либо иной причине отношений. Какими бы ни были точные механизмы, бедность вероятно служит «маркером» различных социальных условий, которые повышают риск насилия над женщинами (55).

Реакция общины на партнерское насилие может повлиять на общий уровень жестокого обращения в этой общине. Проведя сравнительное исследование 16 обществ с разными уровнями партнерского насилия, Каунтс, Браун и Кемпбелл выяснили, что ниже всего этот уровень был в тех обществах, которые применяли общинные санкции против насилия со стороны партнера, и в тех, где женщина, с которой жестоко обращались, могла укрыться в убежище или обратиться к семье (73). Общинные санкции или запрещения могут иметь форму юридических норм или морального давления, когда при избивании женщин вмешиваются соседи. Эта система — «наказание и убежище» — позволяет предположить, что уровень насилия по отношению к интимному партнеру будет наивысшим в тех обществах, где женщины имеют средний, переходный статус. Ведь там, где у женщин очень низкий статус, чтобы навязать мужскую власть, насилие не «нужно». С другой стороны, там, где женщины имеют высокий статус, они, возможно, сообщат добьются власти достаточной, чтобы изменить традиционные гендерные роли. Насилие со стороны партнера, таким образом, обычно выше всего там, где женщины только начинают играть нетрадиционные роли или поступают на работу.

Несколько других общинных факторов были предложены в качестве потенциально влияющих на количество случаев насилия со стороны партнера, но лишь немногие из них были проверены эмпирически. Продолжающееся исследование, которое финансирует Всемирная организация здравоохранения и которое охватывает 8 стран (Бангладеш, Бразилия, Япония, Намибия, Перу, Самоа, Таиланд и Объединенная республика Танзания), собирает данные о ряде факторов на уровне общи-

ны, чтобы проверить их возможную связь с партнерским насилием. Это следующие факторы:

- уровень других насильственных преступлений;
- социальный «капитал» (см. гл. 2);
- социальные нормы, связанные с частной жизнью семьи;
- общинные нормы, связанные с властью мужчин над женщинами.

Исследование прольет свет на относительное влияние индивидуальных и общинных факторов на уровень партнерского насилия.

Факторы общества

Межкультурные научные исследования изучают общественные и культурные факторы, которые могут увеличивать уровень насилия. Левинсон, например, проанализировал со статистической точки зрения закодированные этнографические данные, полученные в 90 обществах, чтобы исследовать модели «избиения жены» — изучая, благодаря каким факторам в одних обществах избиение жен обычное явление, а в других эта практика редка или отсутствует (74). Анализ Левинсона показывает, что жен избивают чаще в тех обществах, где мужчины имеют экономическую власть и власть над принятием решений дома, где женщины не могут легко развестись и где взрослые обычно прибегают к насилию, чтобы разрешить свои конфликты. Второй (согласно этому исследованию) самый сильный предсказатель частого избиения жен — отсутствие рабочих групп по организации помощи женщинам. Левинсон выдвигает гипотезу, что такие группы защищают женщин от избиения, потому что предоставляют им стабильный источник социального обеспечения и экономической независимости от их мужей и семей.

Исследователи рассматривали также ряд дополнительных факторов, которые могут приводить к увеличению уровня партнерского насилия. Некоторые доказывают, например, что насилие со стороны партнера более обычное явление в местах, где происходят или недавно происходили войны, другие конфликты или социальные сдвиги. Там, где насилие вошло в норму и индивиды имеют свободный доступ к оружию, обычные социальные отношения, где у мужчин и женщин свои роли, часто разрываются. В периоды экономических и социальных изменений женщины часто более зависимы и принимают на себя большую эконо-

мическую ответственность, тогда как мужчины могут быть менее способны выполнять свою культурно обусловленную роль защитника и «кормильца». Такой фактор может повысить уровень насилия со стороны партнера, но доказательства этого пока основываются на отдельных случаях.

Другие предполагают, что структурное неравенство мужчин и женщин, жесткие гендерные роли, представления о господстве мужчин, мужской чести и агрессии — все это служит увеличению риска насилия со стороны партнера (55). Однако, хотя эти гипотезы кажутся разумными, их еще нужно доказать надежными данными.

Последствия насилия со стороны интимного партнера

Последствия плохого обращения глубоки, они касаются не только здоровья и счастья индивидов, но и влияют на благосостояние целых общин. Жизнь с партнером, использующим силу, влияет на чувство самоуважения женщины и на ее способность принимать участие в жизни общества. Исследования показали, что женщины, с которыми плохо обращаются, обычно ограничены в действиях: у них нет доступа к информации и помощи, они не принимают участия в общественной жизни, не получают эмоциональной поддержки от друзей и родственников. Неудивительно, что такие женщины часто неспособны как следует позаботиться о себе и своих детях или найти работу и заниматься своей карьерой.

Влияние на здоровье

Все большее число научных данных подтверждает, что жизнь с применяющим насилие партнером может оказывать глубокое влияние на женское здоровье. Насилие влечет за собой множество негативных последствий для здоровья, проявляющихся как сразу, так и через длительное время. Таблица 4.6 на основе научной литературы суммирует последствия насилия со стороны интимного партнера. Эти последствия не только прямые (например, различные ранения), у жертв насилия также повышается риск иметь в будущем плохое здоровье. Быть жертвой насилия — это такой же фактор риска для ряда болезней и болезненных состояний, как и курение и злоупотребление алкоголем.

Исследования показывают, что женщины, испытавшие физическое и сексуальное жестокое обращение в детстве или в зрелые годы, имеют пло-

ное здоровье чаще, чем другие женщины. У них может ухудшаться физическое функционирование, психологическое благополучие; они приобретают вредные привычки, которые в дальнейшем еще больше повышают риск заболеваний, включая курение и злоупотребление алкоголем и наркотиками (85, 97, 103). Пережитое насилие ставит женщин в группу повышенного риска в отношении:

- депрессии;
- суицидальных попыток;
- хронических болевых синдромов;
- психосоматических заболеваний;
- физических травм;
- желудочно-кишечных заболеваний;
- синдрома раздраженного кишечника;
- целого ряда последствий для репродуктивного здоровья (см. ниже).

Вот общие выводы, вытекающие из настоящего исследования, относительно последствий, которые приносит здоровью жестокое обращение.

- Влияние жестокого обращения может сохраняться долго после его прекращения (103, 104).
- Чем тяжелее жестокое обращение, тем больше его влияние на физическое и психическое здоровье женщины (98).
- С течением времени воздействие различных видов плохого обращения, особенно при повторном применении, по-видимому, накапливается (85, 99, 100, 103, 105).

Репродуктивное здоровье

Женщины, живущие с партнером, применяющим насилие, с трудом могут защитить себя от нежелательной беременности или болезней. Насилие может вести к нежелательной беременности или заражению болезнями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, непосредственно — в результате принудительного секса — или косвенно, когда женщине не позволяют применять противозачаточные средства, в том числе презервативы (6, 106). Многие исследования сходятся на том, что домашнее насилие шире распространено в многодетных семьях (5, 47, 49, 50, 78, 93, 107). Исходя из этого исследователи давно предполагали, что наличие многих детей повышает риск насилия, но последние данные, полученные в Никарагуа, показывают, что на самом деле все наоборот. В Никарагуа начало насилия в основном предшествуют многодетности (80% насильственных отношений начались в первые четыре года

ТАБЛИЦА 4.6

Последствия для здоровья насилия со стороны интимного партнера

Физические

Травмы брюшной полости и грудной клетки
Синяки и рубцы
Хронические болевые синдромы
Потеря трудоспособности
Фибромиалгия
Переломы
Желудочно-кишечные расстройства
Синдром раздраженного кишечника
Рваные раны и ссадины
Ухудшение зрения
Сниженное физическое функционирование

Сексуальные и репродуктивные

Гинекологические заболевания
Бесплодие
Воспалительные заболевания в области таза
Осложнения в период беременности/выкидыш
Сексуальная дисфункция
Болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД
Опасные аборты
Нежелательная беременность

Психологические и поведенческие

Злоупотребление алкоголем и наркотиками
Депрессия и тревога
Нарушение питания и сна
Чувство стыда и вины
Фобии и панические расстройства
Физическая апатия
Низкая самооценка
Посттравматический стресс
Психосоматические расстройства
Курение
Суицидальное поведение и нанесение себе ущерба
Небезопасное сексуальное поведение

Летальный исход

Смерть в результате СПИДа
Смертность при родах и во время беременности
Убийство
Самоубийство

брака), заставляя предположить, что насилие может повышать риск иметь много детей (9).

Насилие может иметь место также во время беременности с последствиями не только для женщины, но и для развивающегося плода. Исследования населения в Канаде, Чили, Египте и Никарагуа выявили, что 6–15% когда-либо имевших партнера женщин подвергались физическому или сексуальному жестокому обращению во время беременности, обычно со стороны своего партнера (9, 48, 49, 57, 78). В США согласно оценкам жестокому обращению в период беременности подвергаются от 3 до 11% взрослых женщин и до 38% подростков с низким доходом (108–112).

Насилие в период беременности может иметь такие последствия (6, 110, 113–117):

- выкидыш;
- позднее обращение за медицинской помощью;

- рождение мертвого ребенка;
- преждевременные роды;
- травма плода;
- низкий вес ребенка при рождении (главная причина смертности среди новорожденных в развивающихся странах).

Насилие со стороны интимного партнера ответственно за существенную, но в основном нераспознанную часть материнской смертности. Исследование, проведенное недавно в 400 деревнях и семи больницах в Пуне (Индия), выявило, что 16% всех смертей во время беременности произошли в результате насилия со стороны партнера (118). Исследование также показало, что около 70% материнских смертей в этом регионе в основном проходят незарегистрированными и что 41% зарегистрированных смертей были неправильно классифицированы. Убийство партнером было зафиксировано как важная причина материнской смертности также в Бангладеш (119) и в США (120, 121).

Насилие со стороны партнера также имеет много связей с растущей эпидемией СПИДа. В шести странах Африки, например, страх остракизма и последующего насилия дома был важной причиной отказа беременных женщин тестироваться на ВИЧ или их неявики за результатами тестирования (122). А в недавнем исследовании, посвященном распространению ВИЧ-инфекции среди гетеросексуалов в сельских местностях Уганды, женщины, сообщившие, что их принудили к сексу против их воли в предшествующий год, имели восьмикратно увеличенный риск быть зараженными ВИЧ (123).

Физическое здоровье

Очевидно, что насилие может приводить к травмам, варьирующим от порезов и синяков до постоянной нетрудоспособности, и к смерти. Национальные исследования населения показывают, что 40–72% всех женщин, партнеры которых жестоко с ними обращаются получают травмы в какой-то момент жизни (5, 9, 19, 62, 79, 124). В Канаде 43% женщин, получивших травмы таким образом, были вынуждены обратиться за медицинской помощью, а 50% временно не ходили на работу (19).

Травма, однако, не является самым типичным физическим исходом жестокого обращения партнера. Более обычны «функциональные расстрой-

ства» — множество заболеваний, которые часто не имеют явной медицинской причины, такие как синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия, желудочно-кишечные расстройства и различные хронические болевые синдромы. Исследования связывают такие нарушения с опытом физического и сексуального жестокого обращения (98, 125–127). Женщины, с которыми жестоко обращались, также имеют сниженное физическое функционирование, больше физических симптомов; они проводят в постели большее число дней, чем женщины, с которыми не обращались жестоко (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Психическое здоровье

Согласно исследованиям в Австралии, Никарагуа, Пакистане и США женщины, с которыми плохо обращаются их партнеры, больше страдают депрессией, тревогой и фобиями (129–132). Научные исследования показывают также, что женщины, подвергшиеся такому обращению со стороны своих партнеров, имеют повышенный риск самоубийства и суицидальных попыток (24, 49, 133–136) (см. гл. 7).

Использование учреждений здравоохранения

Поскольку насилие оказывает длительное воздействие на здоровье, женщинам, пострадавшим от жестокого обращения, приходится дольше посещать медицинские учреждения и, следовательно, затраты на медицинское обслуживание повышаются. Исследования в Никарагуа, США и Зимбабве указывают на то, что женщины, подвергшиеся физическому или сексуальному нападению — в детстве или в период зрелости — чаще обращаются за медицинской помощью, чем их сверстницы, не подвергавшиеся жестокому обращению (98, 100, 137–140). В среднем, жертвы жестокого обращения в течение жизни переносят больше хирургических операций, чаще посещают врачей, лежат в больницах, посещают аптеки и консультируются по вопросам психического здоровья, чем женщины, не подвергавшиеся насилию, даже с учетом всех других возможных факторов.

Влияние насилия на экономику

Помимо ущерба для людей, насилие накладывает на общество огромное экономическое бремя в виде потерянной производительности и увеличения работы социальных служб. Например, среди жен-

щин, обследованных в Нагпуре (Индия), 13% были вынуждены не ходить на работу из-за жестокого обращения, пропуская в среднем 7 рабочих дней после каждого акта насилия, а 11% не смогли из-за этого выполнять работу на дому (141).

Хотя насилие со стороны партнера не всегда влияет на общую вероятность найма женщин на работу, по-видимому, оно все же влияет на заработки женщин и на их способность сохранять работу (139, 142, 143). Исследование в Чикаго (Иллинойс, США) выявило, что женщины с опытом насилия со стороны партнера чаще имеют периоды безработицы, чаще меняют работу и больше страдают от физических и психических проблем, которые влияют на выполнение работы. Они также имеют более низкий доход и чаще получают социальные пособия, чем женщины, не сообщавшие о насилии со стороны партнера (143). Похожие результаты дало исследование в Манагуа (Никарагуа): женщины, с которыми жестоко обращаются, зарабатывают на 46% меньше, чем женщины, не сообщавшие об этом, даже после проверки других факторов, которые могли повлиять на заработок (139).

Влияние на детей

Дети часто присутствуют во время домашних перебранок. В исследовании, проведенном в Ирландии (62), 64% женщин, с которыми плохо обращались, говорили, что их дети обычно были свидетелями насилия. То же самое сказали 50% женщин в Монтеррее (Мексика) (11).

Дети — свидетели насилия над матерью подвержены большому риску в отношении целого ряда эмоциональных и поведенческих проблем, включая тревогу, депрессию, плохие успехи в школе, низкую самооценку, непослушание, ночные кошмары и жалобы на физическое здоровье (9, 144–146). И действительно, согласно исследованию в Северной Америке у детей — свидетелей насилия над родителем часто бывают многие из тех же поведенческих и психологических нарушений, что и у детей, которые сами испытали жестокое обращение (145, 147).

Полученные недавно данные позволяют предположить, что насилие также прямо или косвенно влияет на детскую смертность (148, 149). Исследователи, работавшие в Леоне (Никарагуа), обнаружили, что — с учетом других возможных факторов — дети женщин, с которыми физически и сексуально жестоко обращался партнер, в 6 раз чаще умирают

до 5-летнего возраста, чем дети женщин, с которыми не обращались плохо. Жестокое обращение со стороны партнера ответственно за 1/3 смертей детей в этом регионе (149). А исследование в индийских штатах Тамилнад и Уттар-Прадеш обнаружило, что у женщин, подвергшихся избиению, значительно чаще, чем у других, умирал младенец или неудачно заканчивалась беременность (аборт, выкидышем или рождением мертвого ребенка). При этом исследователи учитывали и другие факторы, влияние которых на детскую смертность хорошо изучено, например возраст женщины, уровень ее образования и число предыдущих беременностей, закончившихся рождением живого ребенка (148).

Что можно сделать, чтобы предупредить насилие со стороны интимного партнера?

Большая часть работы по выявлению данных о насилии со стороны партнера проводилась по инициативе женских организаций, с редкими случаями государственного финансирования и помощи. Там же, где в работу были вовлечены правительства — например, в Австралии, Латинской Америке, Северной Америке и в некоторых странах Европы — это было реакцией на требование гражданского общества принять конструктивные меры. Первая волна действий обычно включала элементы законодательной реформы, проведение тренингов для сотрудников полиции и организацию специальных служб для жертв. В настоящее время десятки стран приняли законы о домашнем насилии, хотя многие чиновники еще не осведомлены о них или не желают их применять. Те, кто работают в различных учреждениях (например, в полиции или правоохранительных органах), часто разделяют те же предрассудки, которые распространены во всем обществе. Опыт показывает, что без постоянных попыток изменить культурные обычаи и практику большинство юридических и политических реформ производят незначительный эффект.

Несмотря на то, что уже 20 лет в мире ведется активная работа в области борьбы с насилием над женщинами, очень немногие случаи вмешательства подвергались строгому анализу. Так, последний обзор программ по предупреждению насилия в семье в США, проведенный Национальным научно-исследовательским советом, обнаружил только 34 исследования, которые пытались оценить способы борьбы с жестоким обращением со стороны партнера.

Из них 19 фокусировались на применении силы закона, что отражает предпочтение государственных чиновников использовать правоохранительные органы для борьбы с насилием (150). Исследования о методах борьбы с насилием в развивающихся странах еще более ограничены. Лишь горстка исследователей пытается критически подойти к современным методам борьбы с этой проблемой. Среди них обзор программ по насилию против женщин в четырех штатах в Индии. Кроме того, Фонд ООН для развития в интересах женщин рассмотрел семь проектов в пяти регионах, которые финансировались Тростовым фондом ООН в поддержку борьбы с насилием против женщин (United Nations Violence Against Women Trust Fund), чтобы распространить уроки, полученные в результате проведения этих проектов (151).

Поддержка жертв насилия

В развитых странах кризисные центры и приюты для женщин, подвергнутых жестокому обращению, стали краеугольным камнем программ помощи жертвам домашнего насилия. В 1995 г. в США имелось приблизительно 1800 таких программ, 1200 из которых в случае необходимости предоставляли женщинам и их детям кров в дополнение к эмоциональной, юридической и материальной поддержке (152). Кризисные центры обычно дают групповую поддержку и индивидуальные консультации, проводят тренинги по найму на работу, ведут программы для детей, помогают установить контакты с социальными и юридическими службами и направляют в компетентные инстанции для лечения по поводу злоупотребления наркотиками и алкоголем. Большинство убежищ и кризисных центров в Европе и США были учреждены женщинами-активистками, хотя многие из них сейчас возглавляются профессионалами и получают государственное финансирование.

В начале 1980-х годов убежища и кризисные центры для женщин возникли также во многих развивающихся странах. Большинство стран имеют по крайней мере несколько неправительственных организаций, предлагающих специализированную помощь жертвам жестокого обращения и проводящих кампании в их интересах. Некоторые страны имеют сотни таких организаций. Однако содержание убежищ дорого, и многие развивающиеся страны избегают этой модели, устанавливая

вместо этого горячие телефонные линии или устраивая кризисные центры без проживания, которые предоставляют некоторые из тех же услуг, что и центры с проживанием.

Там, где невозможно открыть легальное убежище, женщины часто находят другие пути решения проблемы в неотложных случаях, связанных с домашним жестоким обращением. Один подход заключается в создании неформальной сети «домов спасения», чтобы женщины, находящиеся в бедственном положении, могли найти временное укрытие в ближайших домах. В некоторых общинах в качестве убежища можно использовать место для богослужения, например храм или церковь, где женщины могут остаться с детьми на всю ночь, чтобы спастись от пьяного или буйного партнера.

Юридические средства и законодательные реформы Жестокое обращение — вне закона

1980-е и 1990-е годы были свидетелями волны законодательных реформ, связанных с физическим и сексуальным жестоким обращением со стороны интимных партнеров (153, 154). В прошлое десятилетие, например, 24 страны в Латинской Америке и Карибском регионе ввели специальное законодательство по домашнему насилию (154). В основном реформа состоит в установлении наказаний за физическое, сексуальное и психологическое насилие со стороны интимного партнера; для этого вводят новые законы о домашнем насилии или исправляют существующие уголовные кодексы.

Тем самым законодатели подтверждают, что насилие со стороны партнера — это преступление, и его не будут терпеть в обществе. Необходимо также изменить мнение, что насилие — это частное семейное дело; для этого нужно предавать гласности все случаи насилия. Помимо введения новых законов или расширения сферы действия уже существующих, в некоторых развитых странах в качестве эксперимента вводились специальные домашние суды против насилия, проводились тренинги полиции, судебных чиновников и адвокатов, помощь женщинам оказывали специальные консультанты по юридическим вопросам. Хотя строгая оценка этих мер до сих пор проводилась редко, в последнем обзоре мер по борьбе с насилием в семье, выполненном Национальной академией наук США, сделан вывод: «Есть факты, доказывающие, что наличие специализированных учрежде-

дений и проведение всесторонней реформы в полиции, прокуратуре и специальных судах улучшили положение детей и женщин, подвергшихся жестокому обращению» (150).

Сходные эксперименты проводятся и в других местах. В Индии, например, правительства штатов учредили легальные убежища, семейные суды, «lok adalat» (народные суды) и «mahilla lok adalat» (женские суды). Оценка этих органов показала, что они являются первичными механизмами примирения, которые заняты исключительно посредничеством и консультированием и пытаются добиться примирения в семье. Однако есть мнение, что эти учреждения совершенно неудовлетворительны даже как механизмы примирения и что посредники склоняются к тому, чтобы ставить благополучие женщин ниже сохранения семьи, потому что в последнем заинтересовано государство (155).

Законы и образ действий полиции при аресте

После служб поддержки жертв насилия реформирование полицейской системы — следующая наиболее распространенная форма борьбы против домашнего насилия. Раньше фокусировались на проведении тренингов среди полицейских, но когда оказалось, что одни тренинги не влияют на поведение полиции, стали вводить законодательные нормы, требующие обязательного ареста за домашнее насилие, и меры, заставляющие полицейских занять более активную позицию.

В пользу ареста как средства уменьшения домашнего насилия убедительно говорят результаты научно-исследовательского эксперимента, проведенного в 1984 г. в Миннеаполисе (Миннесота, США). Этот эксперимент показал, что после ареста количество нападений в течение следующих 6 месяцев становится в два раза меньше, чем после применения других стратегий борьбы: разделения супругов или рекомендаций обращаться за помощью (156). Эти результаты были преданы широкой гласности и привели к серьезному изменению полицейской тактики в отношении домашнего насилия на всей территории США.

Проверка данных, полученных в Миннеаполисе, на пяти других территориях США, однако, не подтвердила ценности ареста как устрашающего средства. Эти исследования обнаружили, что в среднем арест не более эффективен в снижении насилия, чем другие полицейские меры, такие как

предупреждение или вызов в суд, консультирование супругов или их разделение (157, 158). Подробный анализ, проведенный этими исследованиями, выявил также другие интересные факты. Если виновник насилия был женат и/или имел работу, то арест снижал вероятность повторного нападения, однако арест безработного или не состоящего в браке, наоборот, приводил к тому, что затем он чаще применял силу в отношениях с партнершей (зафиксировано в некоторых городах). Последствия ареста зависели также от общины, к которой принадлежал индивид. Мужчины, проживающие в районах с низкой безработицей, после ареста меняли свое поведение независимо от того, работали они сами в этот момент или нет. Те же, кто жил на территории с высоким уровнем безработицы, после ареста становились даже более жестокими, чем после предупреждения (159). Эти результаты заставили некоторых поставить под вопрос разумность законов об обязательном аресте на территориях с концентрированной бедностью (160).

Альтернативные меры наказания

В качестве альтернативы аресту некоторые общины экспериментируют с другими методами сдерживания насильственного поведения. Подход, основанный на гражданском праве, заключается в издании приказов суда, запрещающих мужчине контактировать или жестоко обращаться со своей партнершей, обязывающих его покинуть дом, платить за содержание ребенка или требующих, чтобы он обратился за консультацией или лечился по поводу злоупотребления веществами.

Исследователи обнаружили, что хотя жертвы считают такие приказы в принципе полезными, их эффективность в сдерживании насилия полностью не доказана (161, 162). Проведя исследования в городах Денвер и Бульдер (Колорадо, США), Харрелл и Смит (163) обнаружили, что приказы были эффективны в предупреждении повтора домашнего насилия, по крайней мере, в течение года — по сравнению с ситуациями, где таких приказов не было. Однако то же исследование показало, что арест за нарушение приказов о защите — большая редкость, что уменьшает их эффективность для предупреждения насилия (164). Другое исследование показывает, что приказы о защите могут повысить самооценку женщины, но оказывают незначительное влияние на мужчин, которые уже подвергались аресту (165, 166).

В других общинах пробовали публично стыдить нарушителей, устраивать пикеты около их домов или мест работы и заставлять выполнять общественную работу. Активисты в Индии часто ставят «dhaqna» (знак публичного осуждения и протеста) перед домом или рабочим местом мужчины, применяющего насилие в семье.

Полицейские участки, состоящие только из женщин

В некоторых странах создавались экспериментальные полицейские участки, состоящие только из женщин. Это нововведение впервые было применено в Бразилии и теперь распространено во всей Латинской Америке и в некоторых странах Азии. Хотя теоретически оно достойно одобрения, исследования показывают, что эта инициатива столкнулась со многими трудностями (155, 168–172). В полицейские участки, укомплектованные только женщинами, действительно обращается больше женщин, с которыми жестоко обращаются, однако в этих участках им часто не могут оказать необходимой помощи, например дать юридический совет или консультацию. Более того, предположение, что женщины-полицейские будут более отзывчивы к жертвам, не всегда оправдывалось, а в некоторых местах создание специальных подразделений для работы с виновниками насилия против женщин позволило другим полицейским участкам отклонять жалобы женщин. Обследование деятельности женских полицейских участков в Индии показывает, что «женщин-жертв принуждают проделывать большие расстояния, чтобы зарегистрировать их жалобы в этих участках; они не могут быть уверены, что получат быструю помощь в соседнем отделении полиции». Чтобы быть действенной, данная стратегия должна сопровождаться специальными тренингами для полицейских, поощрением их работы и предоставлением женщинам-жертвам широкого набора услуг (155, 168, 170).

Работа с виновниками насилия

Программы по работе с виновниками партнерского насилия — это новшество, распространившееся из США в Австралию, Канаду, Европу и ряд развивающихся стран (173–175). В большинстве программ используются групповые занятия, на которых обсуждаются гендерные роли и проводится обучение таким навыкам, как умение справиться

со стрессом и гневом, принятие ответственности за свои действия и оказание эмоциональной помощи другим.

В последние годы были попытки оценить эти программы, хотя им мешали методологические трудности. Исследование, проведенное в США, показывает, что большинство мужчин (53–85%), прошедших через такие программы, остаются «физически неагрессивными» в течение двух лет, а для более длительных контрольных периодов показатели снижаются (176, 177). Нужно к тому же учитывать, что у этих программ довольно низкий процент охвата: от 1/3 до 1/2 всех мужчин, записанных в эти программы, не завершают их (176), а многие из тех, кто был туда направлен, никогда формально не записывались (178). Оценка крупнейшей в Великобритании программы («Программа по предупреждению насилия») показала, что 65% мужчин не приходят на первое занятие, 33% посещают менее шести занятий и только 33% переходят ко второму этапу (179).

Недавняя оценка таких программ, действующих в четырех городах в США, выяснила, что большинство женщин, с которыми жестоко обращались, чувствуют себя «лучше» и «безопаснее» после того, как их партнеры прошли данный курс (177). Тем не менее, согласно этому исследованию спустя 2,5 года оказалось, что в течение этого времени почти половина мужчин применили насилие один раз, 23% мужчин постоянно применяли насилие и наносили партнершам серьезные травмы и только 21% мужчин не были ни физически, ни вербально агрессивными. Из общего числа пар 60% разошлись, а 24% больше не контактировали.

Согласно последнему международному обзору, проведенному исследователями в Университете Северного Лондона (Англия) (179), программы для виновников насилия работают лучше, если они:

- продолжают в течение долгого времени;
- изменяют взгляды мужчин настолько, что они могут обсуждать свое поведение;
- стимулируют участие в программе;
- сотрудничают с правоохранительными органами, которые строго пресекают нарушение условий программы.

Например, в Питтсбурге (Пенсильвания, США) количество непосещений программ упало с 36 до 6% в период с 1994 по 1997 г., когда юридическая система стала выписывать ордера на арест мужчин, не явившихся на первое собеседование (179).

Меры, принимаемые учреждениями здравоохранения

В последние годы стали обращать внимание на реформирование работы системы здравоохранения с жертвами жестокого обращения. В какие-то моменты жизни почти все женщины обращаются в учреждения здравоохранения: например, за контрацептивными средствами, по поводу беременности, родов или ухода за ребенком. Это делает медицинские учреждения важным местом, где можно выявить женщин, подвергающихся жестокому обращению, обеспечить их поддержкой и направить, если это необходимо, в специальные службы. К сожалению, исследования показывают, что в большинстве стран врачи и медсестры редко задают женщинам вопрос, подвергаются ли они плохому обращению, и даже не всегда фиксируют явные признаки насилия (180–186).

Применяемые сегодня меры фокусируются на том, чтобы работники здравоохранения проявляли больше чуткости, проводили специальные осмотры для выявления следов насилия и составляли протоколы, которые позволили бы соответствующим образом реагировать на случаи жестокого обращения. Все большее число стран — включая Бразилию, Ирландию, Малайзию, Мексику, Никарагуа, Филиппины и ЮАР — запускают пробные проекты по тренингу медицинских работников, направленному на идентификацию жестокого обращения и борьбу с ним (187–189). Несколько стран в Латинской Америке предусмотрели меры по борьбе с домашним насилием в политике системы здравоохранения (190).

Исследование показывает, что процедурные изменения в уходе за пациентами — такие как отметка-напоминание для врача в медицинской карте больного или включение вопроса о жестоком обращении в стандартные формы, заполняемые при госпитализации — имеют наибольшее влияние на работу медицинских учреждений (191, 192).

Так же важно сопротивление глубоко укоренившимся верованиям и взглядам. В ЮАР, в г. Агизананг существует проект по тренингу и предупреждению домашнего насилия, в рамках которого — совместно с отделом по развитию системы здравоохранения университета Уитуотерсранда — был разработан курс для медсестер по гендерным проблемам и вопросам репродуктивного здоровья, значительная часть которого по-

священа домашнему насилию. В этом курсе с медсестрами проводят занятия, на которых при помощи народных поговорок, свадебных песен и ролевых игр разбираются общепринятые представления о насилии и ожидаемые роли мужчин и женщин. После упражнений обсуждается профессиональная ответственность медсестер. Опрос, проведенный после одного из таких курсов, выявил, что его участники больше не считали, что избивание женщин оправдано и что муж может изнасиловать жену.

Активный скрининг (обследование) жертв насилия, включая вопросы об имевшемся в прошлом опыте насилия со стороны интимного партнера, признан хорошей практикой в этой области. Многие исследования показывают, что женщины приветствуют, когда вопросы о том, подвергались ли они насилию, им задают в несудебном порядке (181, 182, 193). Однако пока мало изучался вопрос, может ли скрининг жертв насилия повысить их безопасность или сознательность в отношении собственного здоровья — и если да, то при каких условиях (194).

Меры на уровне общин Работа на местах

Работа на местах — это один из основных методов реагирования на партнерское насилие, который применяют неправительственные организации. Работники на местах посещают жертв насилия в их домах и общинах. Неправительственные организации часто вербуют и обучают работников на местах из рядов своих бывших клиентов — тех, кто сам когда-то был жертвой насилия со стороны партнера.

Как правительственные, так и неправительственные проекты нанимают для работы «адвокатов» — людей, которые предоставляют женщинам, испытавшим насилие, информацию и консультации, в частности по поводу сложных юридических вопросов и различных видов государственных пособий. Внимание этих людей сфокусировано на правах жертв насилия; они работают в таких разных учреждениях как полицейские участки, прокуратуры и больницы.

Было проанализировано несколько схем работы на местах. Защитники по гражданским делам, работающие в рамках проекта по вопросам домашнего насилия в Айлингтоне (Лондон, Англия), находятся в полицейских участках и отвеча-

ют на звонки жертв домашнего насилия; эта служба работает круглосуточно. Другая инициатива в Лондоне — проект борьбы с домашним насилием в Хаммерсмите и Фулхеме — сочетает образовательную программу для мужчин, применяющих насилие, с соответствующей программой для их партнерш. Последняя оценка этих программ выявила, что Айлингтонский проект уменьшил число повторных вызовов в полицию и, предположительно, число повторных случаев домашнего насилия. При этом увеличилось количество обращений женщин в новые службы, включая убежища и группы юридических советов и поддержки. Второму проекту удалось охватить большее число женщин из этнических меньшинств и работающих женщин, чем другим службам для жертв насилия (195).

Координация работы в общинах

Координационные советы или форумы, в которых принимают участие представители различных учреждений общины, являются очень популярными средствами борьбы с насилием со стороны интимного партнера на уровне общин (166). Их цель заключается в том, чтобы:

- обмениваться информацией;
- идентифицировать проблему и поручить работу с ней специальным службам;
- обеспечивать выполнение мер посредством тренингов и инструкций;
- контролировать и проверять учреждения, чтобы оценить их деятельность;
- обеспечивать осведомленность общины в вопросах борьбы с насилием и стимулировать работу по предупреждению насилия.

Первоначально такие программы проводились в штатах Калифорния, Массачусетс и Миннесота (США), а затем этот тип вмешательства широко распространился в остальной части США, Канаде, Великобритании и в некоторых странах Латинской Америки.

Так, Всеамериканская организация здравоохранения (Pan American Health Organization — ПАНО) внедрила пробные проекты в 16 латиноамериканских странах, чтобы проверить этот подход как в сельской местности, так и в городах. В сельских районах координационные советы включают местного священника, мэра, медицинских работников общины, судей и представителей женских групп. Проект ПАНО начался с качественного ис-

следования — известного как La Ruta Critica — чтобы проверить то, что происходит с женщинами в сельских общинах, когда они обращаются за помощью. Его результаты суммированы во вставке 4.2.

Общинные виды вмешательства в проблему насилия редко анализировались. Одно исследование выявило, что число полицейских вызовов, приведших к аресту или судебному преследованию виновника насилия, после внедрения общинного проекта значительно увеличилось (196). Это же исследование нашло, что доля мужчин, отправленных на обязательное консультирование, также увеличилась, хотя неясно, какое влияние (если оно вообще есть) эти действия имеют на уровень жестокого обращения.

Качественные оценки показывают, что во многих местах организаторы сосредотачиваются в основном на координации работы убежищ и правоохранительных органов, но не вовлекают широко религиозные общины, школы, здравоохранительную систему или социальные учреждения. Последний обзор работы общинных координационных советов в Великобритании показал, что, хотя они могут улучшить качество помощи, предлагаемой женщинам и детям, иногда их используют в качестве дымовой завесы, скрывая тот факт, что меняется фактически немного. Обзор показал также, что организации должны установить твердые критерии для самооценки, в том числе насколько довольны оказываемой помощью пользователи проекта и насколько изменилась реальная политика и практика (197).

Кампании по предупреждению

Женские организации давно применяют информационные кампании в СМИ в небольших масштабах и другие меры, пытаясь повысить осведомленность людей о домашнем насилии и изменить их поведение. Имеются доказательства того, что такие кампании затрагивают большое число людей, хотя только несколько из них были оценены с точки зрения эффективности. В 1990-х годах, например, сеть женских групп в Никарагуа ежегодно проводила кампанию в СМИ для повышения осведомленности населения о насилии над женщинами (198). Используя такие лозунги как «Quiero vivir sin violencia» («Я хочу жить без насилия»), кампания мобилизовала общины против жестокого обращения с женщинами. Сходным образом, Фонд ООН для развития в интересах женщин вместе с другими агентствами ООН финансировал серию

ВСТАВКА 4.2***La Ruta Critica: как в общинах реагируют на домашнее насилие***

В 1955 г. Всеамериканская организация здравоохранения начала исследование общин в 10 странах Латинской Америки (Белизе, Боливии, Коста-Рике, Эквадоре, Сальвадоре, Гватемале, Гондурасе, Никарагуа, Панаме и Перу). Ее цель заключалась в регистрации того пути, который проходит женщина, страдающая от домашнего насилия, после того как она приняла решение нарушить молчание и найти помощь. По-испански этот путь — т.е. серия решений и действий, предпринимаемых женщиной в отношении насилия, и то, с чем она сталкивается в поисках помощи — был назван *La Ruta Critica* («трудный путь»). Каждое действие и решение, принятое женщиной на этом пути, влияет на действия других, в том числе организаций, оказывающих помощь, и членов общины, а то, что они делают, в свою очередь, имеет влияние на следующий этап действий, которые предпринимает женщина.

Вопросы, исследованные в этой работе, касались поэтому последствий для женщины, которая решила обратиться за помощью, источников, к которым она обращалась, мотивов ее решения и отношения со стороны организаций, оказывающих помощь, и отдельных людей. Качественное исследование включало свыше 500 детальных интервью с женщинами, с которыми жестоко обращались, более чем 1000 интервью с организациями, а также около 50 групповых заседаний.

Женщины — жертвы насилия определили несколько факторов, которые могли стать стимулом для действия. Среди них увеличение жестокости и частоты насилия, что является сигналом того, что насилие не собирается меняться. Важным фактором, мотивирующим действие женщины, было понимание того, что ее жизнь и жизнь ее детей в опасности. Но помимо факторов, стимулирующих действие, есть и факторы, которые препятствуют женщине искать помощь; они многочисленны и взаимосвязаны.

Исследование выявило, что экономические соображения, по-видимому, весомее эмоциональных. Многие женщины, например, тревожились по поводу того, смогут ли они обеспечить себя и своих детей. Опрашиваемые женщины часто сообщали о чувстве вины, обвиняли себя и говорили, что они ненормальны. Были также упомянуты коррупция и гендерные стереотипы в юридической системе и полиции. Самым большим сдерживающим фактором был все-таки страх — последствия рассказа кому-то или уход могли быть хуже, чем сохранение отношений.

Из исследования *La Ruta Critica* ясно, что существует много факторов, как внутренних, так и внешних, которые имеют значение для принятия женщиной, подвергающейся жестокому обращению, решения прекратить насильственные отношения. Это долгий процесс, иногда занимающий много лет; он может включать несколько попыток поиска помощи из разных источников. Одно событие редко провоцирует решение женщины. Данные указывают на то, что, несмотря на огромные препятствия женщины, с которыми жестоко обращаются, умеют находить помощь и способы смягчения последствий насилия.

региональных кампаний против гендерного насилия под лозунгом «Жизнь без насилия: это наше право» (199). Получил высокую оценку мультимедийный проект по здравоохранению в ЮАР, известный как «Soul City» — он содержит сегмент, специально посвященный домашнему насилию (см. вставку 9.1 в гл. 9). Благодаря этому проекту повысилась осведомленность общества о домашнем насилии, изменились отношения и нормы, аудитория проекта проявляла большую готовность предпринимать соответствующие действия.

Школьные программы

Несмотря на растущее число инициатив по предупреждению насилия, нацеленных на молодых людей, только небольшое их число специально посвящено проблеме насилия в интимных отношениях. Есть большая потребность в том, чтобы интегрировать материал по взаимоотношениям, гендерным ролям, принуждению и контролю в существующие школьные программы по снижению насилия, хулиганства, преступности и других поведенческих проблем, а

ВСТАВКА 4.3**Пропаганда отказа от применения насилия: некоторые примеры первичных программ по предупреждению насилия**

Вот один из многих примеров инновационных программ по предотвращению насилия со стороны интимного партнера, которые появляются сегодня повсюду в мире.

В Калабаре (Нигерия) программа «Girl's Power Initiative» нацелена на молодых девушек. Они встречаются еженедельно в течение трех лет для откровенного обсуждения вопросов, связанных с сексуальностью, здоровьем и правами женщин, отношениями и домашним насилием. В программе есть специальные пункты для формирования самоуважения и обучения навыкам самозащиты, разбираются общественные взгляды, которые подвергает женщин риску изнасилования, и различие между любовью и увлечением.

Программа «Education Wife Assault» в Торонто (Канада) работает с женщинами, эмигрантками и беженками, помогая им разработать меры по предупреждению насилия, которые с точки зрения культуры подходят для их общин, и создавая специальные «группы навыков». «Education Wife Assault» предоставляет техническую помощь, позволяющую женщинам осуществлять эти меры. Одновременно она предлагает эмоциональную поддержку женщинам-организаторам, помощь в преодолении дискриминации, часто направленной на женщин, организующих кампании против домашнего насилия, потому что их рассматривают как угрозу спаянности общин.

В Мексике неправительственная организация «Investigacion de Familia y Poblacion» создала группы для подростков, чтобы помочь им предупредить насилие при свиданиях и в отношениях с друзьями. Этот проект, озаглавленный «Лица и маски насилия», применяет отдельные методики, которые помогают молодым людям исследовать свои чувства и мысли о любви, желании и сексе и понять, как традиционные гендерные роли могут мешать нормальному поведению мужчин и женщин.

В Тринидад и Тобаго неправительственная организация SERVOL («Service Volunteered for All» — «Помощь добровольцев для всех») устраивает рабочие группы на 14 недель для подростков, чтобы помочь им создать здоровые отношения с противоположным полом и обучить родительским навыкам. Проект помогает этим молодым людям понять, как опека их родителей способствовала их формированию, и научить их не повторять ошибок их родителей и других родственников. Учащиеся узнают, как распознавать свои эмоции и обращаться с ними и как стать более чуткими к тому, что ранние физические и психологические травмы могут привести к деструктивному поведению в дальнейшей жизни.

также в программы по репродуктивному и сексуальному здоровью.

Программы для молодежи, специально посвященные жестокому обращению в интимных отношениях, обычно бывают независимыми инициативами, которые финансируют организации, созданные для борьбы с насилием против женщин (см. вставку 4.3). Только немногие из этих программ были оценены с точки зрения эффективности, включая одну в Канаде (200) и две в США (201, 202). Эти оценки выявили положительные изменения в информированности общества и отношении к партнерскому насилию (см. также 203). Одна из программ в США показала уменьшение уровня насилия через месяц. Хотя этот эф-

фект исчез год спустя, его влияние на нормы поведения в интимных отношениях, на навыки по разрешению конфликтов и на знания сохранилось (201).

Принципы хорошей практики

Опыт по работе с партнерским насилием, накопленный за многие годы организациями, оказывающими помощь жертвам, адвокатами и исследователями, выдвигает ряд принципов, способных стать «хорошей практикой» в этой области. Эти принципы следующие:

- деятельность, направленная на борьбу с насилием, должна вестись как на национальном, так и на местном уровне;

- привлечение женщин к работе по созданию и осуществлению проектов и безопасность женщин должны быть во главе угла всех решений по борьбе с насилием;
- помимо изменения культуры работников полиции, учреждений здравоохранения и правоохранительных органов нужно пытаться изменить и методы реагирования этих учреждений на насилие;
- в борьбе с насилием должны принимать участие разные сектора общества, причем их усилия должны координироваться.

Действия на всех уровнях

Из попыток предупредить насилие нужно извлечь важный урок: действия должны происходить как на национальном, так и на местном уровнях. На национальном уровне приоритетами должны стать улучшение положения женщин, установление норм и законов о жестоком обращении и создание общественной среды, обеспечивающей отношения без насилия.

Многие страны, индустриальные и развивающиеся, сочли полезным создать формальный механизм по развитию и внедрению национальных планов действия. Такие планы должны иметь четкие цели, ответственных лиц и расписание и располагать соответствующими средствами.

Тем не менее, опыт показывает, что только национальных усилий для изменения картины с партнерским насилием недостаточно. Даже в тех индустриальных странах, где национальные движения против партнерского насилия существуют более 25 лет, помощь женщине, пострадавшей от жестокого обращения, и отклик, который она, вероятно, встретит в полиции, все еще сильно зависят от места, где она проживает. Там, где общины работают над предупреждением насилия и где имеются группы для проведения тренингов и контроля над деятельностью государственных учреждений, жертвы жестокого насилия живут значительно лучше, чем все это отсутствует (204).

Привлечение женщин к борьбе с насилием

Программы должны предполагать участие женщин, которые обычно лучшие судьи в таких ситуациях, и уважать их решения. Последние обзоры ряда программ по домашнему насилию в индийских штатах Гуджарат, Карнатака, Мадхья-Прадеш и Ма-

хараштра, например, показали один и тот же результат, а именно: успех или провал проектов определяется главным образом отношением организаторов к проблеме партнерского насилия и учетом интересов женщин во время планирования и осуществления вмешательства (205).

Следует тщательно рассматривать безопасность женщин при планировании и осуществлении вмешательств. Те, кто делают приоритетом безопасность и автономию женщин, как оказалось, более успешны, чем те, кто этого не делает. Например, есть сомнения относительно законов, требующих, чтобы работники здравоохранения сообщали о вероятных случаях жестокого обращения в полицию. Такой вид вмешательства отнимает контроль над ситуацией у женщин и обычно оказывает обратный эффект. Он может также подвергнуть риску безопасность женщины и уменьшить шансы того, что она придет за помощью (206–208). Такие законы также превращают медицинских работников в орудие юридической системы и действуют против эмоциональной защиты, которую должна предоставлять система здравоохранения (150).

Изменение культуры госучреждений

Краткосрочные действия по повышению ответственности отдельных сотрудников учреждений обычно имеют эффект, который длится недолго, если не приложить реальные усилия, касающиеся всего учреждения. В этом отношении наивысшую значимость имеют характер руководства организации, способ, которым оценивается и поощряется выполнение задач, и укоренившиеся привычки и предубеждения (259, 20). В случае реформирования работы системы здравоохранения одних тренингов бывает недостаточно, чтобы изменить отношение к жертвам насилия (211, 212). Хотя тренинг может улучшить знания и практическую деятельность на короткое время, его влияние быстро исчезает, если он не сопровождается изменениями в политике и ее осуществлении на практике (211, 213).

Мультисекторальный подход

Различные секторы, такие как полиция, система здравоохранения, службы юридической и социальной поддержки, должны работать вместе, занимаясь проблемой насилия со стороны интимного партнера. Исторически сложилась тенденция концентрироваться на одном секторе, что,

как показал опыт, очень часто давало плохие результаты (155).

Рекомендации

Имеющиеся в наличии данные показывают, что насилие против женщин со стороны интимного партнера является серьезной проблемой, широко распространенной повсюду в мире. Все больше также свидетельств о негативном влиянии насилия на физическое и психическое здоровье женщин и на их общее благополучие. Основные рекомендации для действий следующие:

- следует поощрять правительства и донорские организации делать больше инвестиций в научно-исследовательскую работу по проблеме насилия со стороны интимного партнера в течение следующего десятилетия;
- программы должны давать больше возможностей семьям, друзьям и общинам (включая религиозные общины) работать с проблемой партнерского насилия;
- программы по борьбе с насилием со стороны партнера должны быть объединены с другими программами, которые борются с насилием среди молодежи, подростковой беременностью, злоупотреблением веществами и домашним насилием;
- программы должны больше фокусироваться на первичном предупреждении насилия со стороны интимного партнера.

Научное исследование проблемы насилия со стороны интимного партнера

Отсутствие четкого теоретического понимания причин насилия со стороны интимного партнера и его связи с другими формами межличностного насилия сводит на нет все попытки получить эффективный глобальный результат. Необходимы исследования по целому ряду направлений, чтобы улучшить понимание насилия, включая:

- проверку распространенности, последствий, факторов риска и защитных факторов насилия со стороны интимного партнера в различной культурной среде, с применением стандартных методик;
- научные исследования насильственного поведения интимного партнера за длительный период, изучающие, отличается ли оно и чем именно от других видов жестокого поведения;

- исследование влияния насилия на человека в течение всей его жизни, относительного влияния различных видов насилия на здоровье и благополучие человека, а также изучение вопроса, могут ли эти виды влияния накапливаться и усиливать друг друга;
- изучение истории жизни взрослых, которые смогли создать здоровые, ненасильственные отношения, несмотря на прошлый негативный опыт, который, как известно, увеличивает риск партнерского насилия.

Кроме того, нужно проводить гораздо больше научных исследований по мерам вмешательства в проблему насилия, как с целью лоббирования политиков для увеличения инвестиций в эту сферу, так и для улучшения самих программ. В следующем десятилетии следует отдавать приоритет:

- документации различных стратегий и вмешательств в проблему насилия со стороны интимного партнера, существующих в мире;
- исследованиям, оценивающим экономический ущерб от насилия со стороны интимного партнера;
- оценке краткосрочных и длительных результатов программ по предупреждению партнерского насилия и по реагированию на него — включая образовательные программы в школах, юридические и политические изменения, помощь жертвам насилия, программы для виновников насилия и кампании по изменению общественных взглядов и поведения.

Укрепление неформальных источников поддержки

Многие женщины не обращаются за поддержкой в существующие официальные службы. Поэтому представляется важным расширение неформальных источников поддержки через сеть соседей и друзей, религиозные и другие общинные группы и рабочие места (6, 61, 183, 214). В зависимости от того, как эти неформальные группы и индивиды отреагируют на насилие, жертва насилия со стороны партнера будет предпринимать действия или замкнется и будет винить во всем себя (214).

Многое могут сделать программы, которые используют конструктивное реагирование на насилие семьи и друзей. Инновационная программа в Ицтакалко (Мексика), например, использует меро-

приятия в общине, средства информации малого масштаба (такие как плакаты, брошюры и аудиокассеты) и рабочие группы, которые помогают жертвам насилия обсудить то, что с ними случилось, и демонстрируют друзьям и членам семьи, как нужно поступать в таких ситуациях (215).

Создание общих социальных программ

Имеется значительная область «перекрывания» между факторами, повышающими риск проблемного поведения (216). По-видимому, существует также явная связь между агрессивным поведением в детстве и поведенческими проблемами в юности и ранней зрелости (см. гл. 2). Научное изучение этих видов насилия также показывает, что они частично перекрывают друг друга. Поэтому нужно вмешиваться на раннем этапе в семьи с высоким риском и обеспечивать им поддержку и помощь, прежде чем установятся дисфункциональные модели поведения, которые могут перейти в насилие в подростковом возрасте или в период зрелости.

К сожалению, в настоящее время имеется незначительная координация между программами и повестками научных исследований по молодежному насилию, жестокому обращению с детьми, злоупотреблению наркотиками и другими веществами и партнерским насилием, несмотря на тот факт, что все эти проблемы обычно сосуществуют в семьях. Если мы хотим добиться истинного прогресса, то следует уделить внимание изучению того, как развиваются модели агрессивного поведения — модели, истоки которых часто находятся в детстве. Интегрированное предупреждение насилия, учитывающее связи между разными видами насилия, может снизить уровень некоторых из них.

Вложение средств в первичное предупреждение насилия

Первичное предупреждение насилия со стороны интимного партнера часто находится в тени по сравнению с большим числом программ, которые работают с многочисленными непосредственными последствиями насилия.

Как политики, так и активисты в этой области должны уделить больше внимания признанию первоочередности задачи создания социальной среды, которая обеспечивает справедливые ненасильственные отношения. Основой для такой среды должно стать новое поколение детей, которое

будет лучше, чем их родители, управлять своими отношениями и успешнее решать конфликты, с большими возможностями для счастливого будущего и с более адекватными представлениями о том, как мужчины и женщины должны относиться друг к другу и делить власть.

Заключение

Насилие со стороны интимного партнера — важная проблема здравоохранения. Ее решение требует участия многих секторов, работающих совместно на уровне общины, на национальном и международном уровнях. На каждом уровне женщинам и девушкам должны быть предоставлены равные с мужчинами возможности, оказываться помощь жертвам насилия и увеличиваться наказания для его виновников. Жизненно важно, чтобы велась борьба с насилием по отношению к детям и молодым людям, которая фокусировалась бы на изменении общинных и общественных норм. Прогресс, достигнутый в каждой из этих областей, будет ключом для достижения глобального снижения уровня насилия со стороны партнера.

Библиография

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255)
3. Koss MP et al. *No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52:35-51.
5. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781)
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11)

7. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHD/97.8)
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63-77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595-1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.]* Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of child-bearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241-244.
13. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1-16.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01)
16. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Washington, DC, Center for Health and Gender Equity, 1999.
18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177-193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern Pbilippines*. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. *Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. [Paths of women who broke the silence: a qualitative study of help-seeking by women affected by family violence.]* Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Ninas and World Health Organization, 1998.
22. Mouzos J. *Femicide: the killing of women in Australia 1989-1998*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.
23. Juristat. *Homicide in Canada*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873- 886.
25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777-782.
26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC, Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.
28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, DC, Violence Policy Center, 2000.
29. Karkal M. How the other half dies in Bombay *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
30. Mercy JA et al. Intentional injuries. В книге: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.
31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283-294.
32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948-963.
33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. В книге: Jasinski JL, Williams LM, eds *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251-272.
35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56-67.

36. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2000.
37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47-60.
38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199-222.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729-1742.
40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. В книге: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4-9.
42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. В книге: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36-41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. В книге: Petchesky R, Judd K, eds *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180-216.
45. Hassan Y. *The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan*. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. В книге: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32-71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855-862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud, 1998. [1998 Nicaraguan demographic and health survey]*. Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*. Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.
51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54-66.
52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township *Gender and Development*, 1997, 5:41-46.
53. Khan ME et al. Sexual violence within marriage *Seminar* (New Delhi), 1996:32-35.
54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
55. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998, 4:262-290.
56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169-1179.
57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
58. Romero M. *Violencia sexual y domestica: informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atencion a adolescentes de San Miguel de Allende [Sexual and domestic violence: report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende.]* Mexico City, Population Council, 1994.
59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743-762.
60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. В книге: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. London, Sage, 1996:105-124.
61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. [The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries.]* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.

62. O'Conner M. *Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublin, Women's Aid, 1995.
63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. В книге: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27-31.
64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87-95.
65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547-555.
66. Bunge VP, Levett A. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49-58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185-187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:700-706.
70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371-392.
71. Campbell J. *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-15.
73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
75. Dutton DG. *The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives* Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.
76. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (доступен в Интернете на <http://www.nnh.org/risk>)
77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study, New Zealand*. Washington, DC, National Institutes of Justice, 1999.
78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. [Violence behind closed doors: the battered women.]* Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.
80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
81. Moreno Martin F. La violencia en la pareja. [Intimate partner violence.] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:245-258.
82. Caesar P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49-63.
83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2-5.
84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502-506.
85. McCauley J et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.
86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.
87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421-428.
88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. В книге: Gelles RJ, Loseke DR, eds *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171-181.
89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence — they are not its cause. В книге: Gelles RJ, Loseke DR, eds *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182-196.
90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.

91. Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.
92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131-146.
93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417-426.
94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima B книге: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35-49.
95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465-479.
96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:362-366.
97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33-44.
98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4-15.
99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342-347.
100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332-339.
101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362-1368.
102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:35-43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85-96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25-35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research* New York, NY, Population Council, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. *Bolivia: follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274-276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301-306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530-534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915-1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370-2372.
113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153-1155.
114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567-1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323-328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mexicana*, 1996, 38:352-362.
117. Valladares E et al. *Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight* [Dissertation] Umeå, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.

118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591-598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643-651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172:1557-1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992-1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920-923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418-425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99-125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572-577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502-1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345-352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41-70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117-129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30-36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195-201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131-133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380-384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533-540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763-1767.
136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575-579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328-331.
138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67-72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. В книге: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:51-80.
140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12:165-172.
141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393-426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370-392.
144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66:1239-1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839-870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453-455.

147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300-308.
149. Asling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, в печати.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. В книге: Leinman JM et al., eds *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261-272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3-28.
158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. В книге: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:115-292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1-45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13-28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. В книге: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1998.
166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (доступно в Интернете на <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>)
167. Larrain S. Curbing domestic violence: two decades of activism. В книге: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:105-130.
168. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. В книге: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999:28-41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisarias de mujeres en el Perú. [Violence in couples: police stations for women in Peru.]* Lima, Ediciones Flora Tristan, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1998.
171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. В книге: Morrison AR, Biehl L, eds.

- Too close to home: domestic violence in the Americas* Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:151-154.
172. Thomas DQ. In search of solutions: women's police stations in Brazil. В книге: Davies M, ed. *Women and violence: realities and responses worldwide*. London, Zed Books, 1994:32-43.
173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.
174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. В книге: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:143-147.
175. Axelson BL. Violence against women: a male issue *Choices*, 1997, 26:9-14.
176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. В книге: Stith SR, Staus MA, eds *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262-273.
177. Gondolf E. *A 30-month follow-up of courtmandated batterers in four cities*. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (доступен в Интернете на <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>)
178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83-98.
179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301-306.
181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075-1080.
182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186-1190.
183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: análisis y resultados de investigación. [Help-seeking by victims of family violence: analysis and research results.]* Panama City, Pan American Health Organization, 1998.
184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19-S25.
185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*. [Detecting and dealing with women victims of domestic violence: the development and evaluation of a programme for health workers.] Mexico City, Population Council, 1998.
186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response В книге: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31-35.
187. d'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? В книге: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen, Denmark, 3-8 August 1997*. London, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157-163.
188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999.
189. *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud. [Care of women living with domestic violence: orientation for health care personnel.]* Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
190. *Achievements of project «Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society»*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999.
191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741-746.
192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44-46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. В книге: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999:101-107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches* London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.

196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. В книге: Hotaling GT et al., eds. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193-209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82-92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129-146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619-1622.
202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93-112.
203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10:516-524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. В книге: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7-33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62:93-95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781-1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25:79-80.
209. Bradley J et al. *Whole-site training: a new approach to the organization of training*. New York, NY, AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:513-514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18:651-653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10:209-215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235-242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. В книге: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67-86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54:41-49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.

ГЛАВА 5

Жестокое обращение с пожилыми людьми

Предварительные сведения

Факты жестокого обращения в семье с пожилыми родственниками фиксировались еще в древности. До того как в последней четверти 20 века стали бороться с плохим обращением с детьми и с домашним насилием, плохое обращение с пожилыми оставалось частным делом, скрытым от внимания общественности. Первоначально рассматриваемое как вопрос выдачи социальных пособий и, следовательно, как проблема старения, постепенно жестокое обращение с пожилыми, как и другие формы семейного насилия стало делом здравоохранения и правоохранительных органов. Поэтому именно здравоохранение и правоохранительные органы диктуют сегодня, как рассматривать жестокое обращение с пожилыми, как его анализировать и как с ним бороться. Эта глава фокусируется на жестоких поступках по отношению к пожилым со стороны членов семьи или знакомых, которые совершаются дома либо в учреждениях. Она не охватывает другие виды насилия, которые могут быть направлены на пожилых, например насилие со стороны незнакомых лиц, уличные преступления, «разборки» преступных группировок или военные конфликты.

Плохое обращение с пожилыми было впервые описано в британских научных журналах в 1975 г. как случаи «избиения бабушки» (1, 2). С социальной и политической точки зрения впервые эту проблему рассмотрел Конгресс США, затем за нее взялись исследователи и практики. В течение 1980-х годов научные исследования и правительственные акции проводились в Австралии, Канаде, Китае (ОАР Гонконг), Норвегии, Швеции и США, в следующем десятилетии — в Аргентине, Бразилии, Чили, Индии, Израиле, Японии, ЮАР, Великобритании и других европейских странах. Хотя жестокое обращение с пожилыми впервые идентифицировали в развитых странах, где и была проведена большая часть исследований, отдельные свидетельства и сообщения из развивающихся стран показали, что это универсальное явление. То, что к жестокому обращению с пожилыми относятся теперь гораздо более серьезно, отражает растущую всемирную озабоченность правами человека, равенством полов, а также домашним насилием и старением населения.

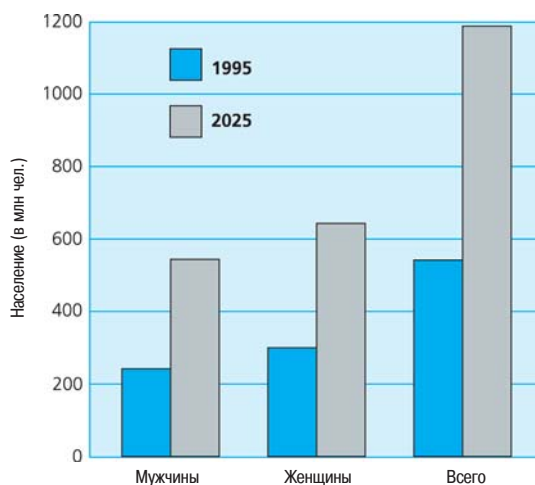
Когда начинается «престарелый возраст», точно не определено, что затрудняет сопоставление результатов исследований в разных странах. На За-

паде обычно считают, что начало пожилого возраста совпадает с выходом на пенсию в 60–65 лет. Однако для большинства развивающихся стран социальная концепция, основанная на пенсионном возрасте, не слишком важна. Более значимы в этих странах функции, приписываемые людям в течение их жизни. Таким образом, престарелый возраст нужно рассматривать как тот период жизни, когда люди из-за физического ослабления больше не могут выполнять свои функции в семье или на работе.

Озабоченность плохим обращением с пожилыми людьми растет из-за того, что в ближайшие десятилетия как в развитых, так и в развивающихся странах доля пожилых людей среди населения резко увеличится — то, что по-французски получило название «le troisième âge» («третий возраст»). Предсказывают, что к 2025 г. количество людей в мире в возрасте 60 лет и старше более чем удвоится и достигнет около 1,2 млрд по сравнению с 542 млн в 1995 г. до (см. рис. 5.1). Общее число престарелых людей в развивающихся странах также более чем удвоится к 2025 г., достигнув 850 млн (3), что составляет 12% от всего населения развивающегося мира; причем ожидают, что в некоторых странах, включая Колумбию, Индонезию, Кению и Таиланд, число пожилых увеличится в 4 раза. Всего в мире каждый месяц 1 млн людей достигает возраста 60 лет, и 80% из них живут в развивающемся мире.

РИСУНОК 5.1

Предполагаемый рост населения земного шара в возрасте 60 лет и старше, в 1995–2025 г.



Источник: United Nations Population Division, 2002.

Почти во всех странах мира, богатых и бедных, женщины живут дольше, чем мужчины (3). Этот разрыв, однако, значительно меньше в развивающихся странах, главным образом из-за более высоких показателей материнской смертности, а в последние годы также из-за эпидемии СПИДа.

Эти демографические изменения происходят в развивающихся странах одновременно с повышением мобильности и изменением структуры семьи. Индустриализация разъедает длительные устойчивые модели взаимозависимости поколений в семье и часто приводит к материальным и эмоциональным лишениям для престарелых. Семейные и общинные связи во многих развивающихся странах, которые прежде обеспечивали поддержку старому поколению, ослабели или оказались разрушены быстрыми социальными и экономическими преобразованиями. Эпидемия СПИДа также значительно повлияла на жизнь престарелых. Например, во многих странах Африки к югу от Сахары дети остаются сиротами в больших количествах, так как их родители умирают от этой болезни. Старики, рассчитывавшие раньше на поддержку от своих детей в старости, оказываются теперь главными воспитателями внуков и вынуждены помогать им.

Только 30% пожилых людей в мире охвачены пенсионными схемами. В Восточной Европе и странах бывшего СССР, например, в результате замены плановой экономики на рыночную, многие пожилые люди остались без пенсий и пособий, которые раньше им предоставляли коммунистические режимы. В экономике как развитых, так и развивающихся стран структурное неравенство часто является причиной низкой зарплаты, высокой безработицы, плохого медицинского обслуживания, недостатка возможностей для образования и дискриминации женщин; от этого страдает население всех возрастов, но пожилые люди особенно уязвимы.

Престарелые в развивающихся странах все еще подвергаются значительному риску заразных заболеваний. По мере того как продолжительность жизни в этих странах будет увеличиваться, престарелые люди здесь будут подвергаться тем же длительным, часто неизлечимым и калечащим болезням, связанным со старостью, которые в настоящее время распространены в развитых странах. Они также столкнутся с вредом от плохой экологии и, возможно, с насилием в об-

щинах. Тем не менее, достижения медицины и социального обеспечения будут гарантировать многим пожилым людям больший период старости без потери возможности себя обслуживать. Болезней можно будет избежать или их влияние уменьшится благодаря лучшему лечению и уходу. Пожилых станет больше, но это будет благом для общества, поскольку пожилые люди — это резерв опыта и знаний.

Определение плохого обращения с пожилыми

По общему мнению плохое обращение с пожилыми — это действие либо бездействие (в последнем случае оно обычно описывается как «отсутствие заботы»); оно может быть преднамеренным или непреднамеренным. Кроме того, оно может быть физическим, психологическим (включая эмоциональную и вербальную агрессию), финансовым (или материальным в более общем смысле). Независимо от вида жестокого обращения, оно несомненно приведет к ненужному страданию, травмам или боли, потерям, нарушению прав человека и снижению качества жизни (4). Какими терминами будет обозначаться поведение — плохое обращение, отсутствие заботы или эксплуатация — вероятно, зависит от того, как часто происходит плохое обращение, от его длительности, жестокости и последствий и, прежде всего, культурного контекста. Например, у индейцев навахо (Navajo) в США старейшины племени считают, что старики обязаны делиться своим имуществом с семьями, это их культурный долг и даже привилегия; а постороннему исследователю это кажется экономической эксплуатацией пожилого человека членами семьи (5). Другие индейские племена в США рассматривают плохое отношение к престарелым не как индивидуальную проблему, а как проблему общины (6).

Определение, данное Актом о плохом обращении с престарелыми в Великобритании (7) и принятое Международной сетью по предупреждению плохого обращения с пожилыми, гласит: «Плохое обращение с пожилыми — это единичное или повторяющееся действие либо отсутствие соответствующего действия там, где ожидается ответственность, результатом которых является ущерб или горе, причиненные пожилому человеку». Плохое обращение обычно делится на следующие категории:

- физическое — причинение боли или нанесение травмы, использование физической силы или ограничение свободы движения с помощью физической силы или наркотических средств;
- психологическое или эмоциональное жестокое обращение — причинение психических мучений;
- финансовое и материальное насилие — незаконная или неуместная эксплуатация или использование сбережений и имущества старых людей;
- сексуальное насилие — сексуальный контакт любого рода с пожилым человеком без его согласия;
- отсутствие ухода — отказ или неспособность выполнять обязанности по уходу за пожилым человеком. Это может дополняться (но не обязательно) намеренными попытками причинить физическое или эмоциональное страдание пожилому человеку.

На это определение жестокого обращения с пожилыми сильно повлияла работа, проведенная в Канаде, Великобритании и США. Исследования, проведенные в Китае (ОАР Гонконг), Финляндии, Греции, Индии, Ирландии, Израиле, Норвегии, Польше и ЮАР, подошли к этому вопросу с абсолютно другой стороны (8). Норвежские исследователи, например, определяют жестокое обращение при помощи «треугольника насилия», включающего жертву, насильника и свидетелей (прямых или косвенных). В таких странах, как Китай, где подчеркивают гармонию в обществе и уважение к людям, отсутствие ухода за старым человеком считается плохим обращением с ним. Если члены семьи не выполняют своих обязанностей перед пожилыми родственниками по предоставлению им пищи и крова, то это также считается отсутствием заботы.

Традиционные общества

Многие традиционные общества прошлого считали семейную гармонию важным фактором, управляющим семейными взаимоотношениями. Уважение к семье усиливалось традиционной философией и государственной политикой. В китайском обществе это было запечатлено в системе ценностей с подчеркнутой «сыновней почитательностью». Плохое обращение с пожилыми людьми не при-

знавалось; о нем никогда не сообщали. Эти традиции влиятельны и сегодня. Исследование отношения к жестокому обращению с пожилыми в США выявило, что граждане корейского происхождения уверены в приоритете гармонии в семье над индивидуальным благополучием; для них семейная гармония — это мерило, позволяющее определить, является обращение жестоким или нет (9). Американцы японского происхождения тоже считают, что «группа» важнее всего и что индивидуальное благополучие должно быть принесено в жертву благополучию группы (10).

Тем не менее даже в странах, где семья является центральным институтом и где сильно чувство сыновней почитательности, культурной нормой становится лишение пожилых людей их роли руководителей семьи и их автономии под видом любви к ним (11). Такая инфантилизация и чрезмерная защита могут сделать старых людей изолированными, подавленными и деморализованными, и могут рассматриваться как форма жестокого обращения. В некоторых традиционных обществах старых вдов бросают, а их имущество захватывают. Траурные обряды «перехода» для вдов кое-где в Африке и Индии включают действия, которые в других местах конечно считались бы жестокими, например сексуальное насилие, принудительный брак по левирату (когда мужчина согласно обычаю обязан жениться на бездетной вдове своего брата) и изгнание из дома (12). В некоторых местах одиноких престарелых женщин обвиняют в колдовстве, когда в общине происходят необъяснимые события, такие как чья-то смерть или гибель урожая (13). В Африке к югу от Сахары многие старые женщины по обвинению в колдовстве были изгнаны из домов и из общин и вынуждены жить в бедности в городской местности. В Объединенной республике Танзания ежегодно убивают примерно 500 пожилых женщин, обвиненных в колдовстве (14). Эти акты насилия твердо укоренились как социальные обычаи, и в этих местностях их не считают «жестоким обращением с пожилыми» (см. вставку 5.1).

Семинар по жестокому обращению с пожилыми, проведенный в ЮАР в 1992 г., обозначил различие между плохим обращением (это словесные оскорбления, отсутствие заботы — в том числе намеренное, финансовая эксплуатация и «залечивание») и жестоким обращением (включая физическое, психологическое и сексуальное насилие и

кражу имущества пожилых) (8). После этого с пожилыми людьми, выбранными из трех исторических «черных» городов ЮАР, были проведены занятия, для того чтобы определить, каков в этих общинах уровень информированности и понимания проблемы жестокого обращения с престарелыми. К типичному западному определению плохого обращения с пожилыми, которое охватывает физическое, вербальное, финансовое и сексуаль-

ное насилие, а также отсутствие заботы, участники групп пожелали добавить:

- потерю уважения к старым людям, которую они приравнивали к отсутствию заботы;
- обвинение в колдовстве;
- жестокое обращение в учреждениях (в больницах и в бюрократических органах).

Группы дали следующие определения различным видам плохого обращения с пожилыми (15).

ВСТАВКА 5.1

Колдовство: угроза насилия в Объединенной республике Танзания

В Объединенной республике Танзания ежегодно убивают около 500 пожилых женщин по обвинению в колдовстве. Особенно остро проблема стоит в Сукумаланде на севере страны. Множество старых женщин вынуждены покидать свои дома и общины из страха, что их обвинят в колдовстве, и проводить остаток жизни в городских районах в сильной нужде.

Вера в колдовство существует в Сукумаланде уже столетия, хотя насилие, связанное с ним, резко увеличилось в последние годы. Возможно, это отчасти является следствием увеличившейся бедности, вызванной тем, что многие люди проживают на слишком маленьком участке земли, а также повсеместным отсутствием образования. Когда бедные и необразованные люди пытаются объяснить несчастья, постигшие их — болезни и смерти, падение урожая и высохшие колодцы — они ищут козла отпущения, и колдовство, по-видимому, объясняет события, которые они не могут по-другому понять или проконтролировать.

Иногда в колдовстве обвиняют и мужчин, хотя низкий статус женщин в обществе приводит к тому, что именно женщины становятся главным объектом обвинений. Среди некоторых особых причин, по которым женщин обвиняют в колдовстве в этом районе, следующие.

- Истинной причиной насилия над вдовами часто являются земельные споры. Согласно законам о наследстве, вдовы могут продолжать жить на земле мужа, не владея ею. Когда они умирают, земля становится собственностью сыновей их мужей. Обвинение в колдовстве, таким образом, применяется, чтобы избавиться от вдов, проживающих на земле в качестве жильцов и препятствующих получению наследства другими.
- Члены семьи или соседи часто побуждают знахарей обвинять женщин в колдовстве. Один юноша убил свою мать после того, как знахарь сказал ему, что она причина всех его проблем.
- Мифы о внешности колдуний — например, что у них красные глаза — также часто вызывают обвинения в колдовстве. Глаза многих пожилых женщин красные от того, что они всю жизнь готовили пищу над дымными очагами, или из-за таких заболеваний, как конъюнктивит.

Лидеры общин в Сукумаланде требуют принятия правительством строгих мер. Один из лидеров сказал: «Это вопрос образования людей. В других районах страны, где люди получили лучшее образование, мы не сталкиваемся с этой проблемой».

До настоящего времени правительство неохотно признавало, что вера в колдовство все еще существует. Сейчас это тема широко обсуждается и официально осуждается. В 1999 г. танзанийское правительство сделало колдовство темой Международного женского дня.

Местная неправительственная организация и Международная организация помощи пожилым также принимают меры по улучшению безопасности старых женщин в Объединенной республике Танзания. Они направлены на изменение верований, касающихся колдовства, и решение таких проблем, как бедность и плохие жилищные условия, которые способствуют их бытованию.

Источник: воспроизведено из работы 14 с разрешения издателя.

- Физическое плохое обращение — это избиение и рукоприкладство.
- Эмоциональное и вербальное насилие — это дискриминация по возрасту, оскорбления и обидные слова, клевета, запугивания, ложные обвинения, психологическая боль и страдание.
- Финансовое плохое обращение — это вымогательство и контроль над пенсионными деньгами, кражи имущества, принуждение заботиться о внуках.
- Сексуальное жестокое обращение — это инцест (кровосмешение), изнасилование и другие виды сексуального принуждения.
- Отсутствие заботы — это потеря уважения к престарелым, лишение любви и отсутствие интереса к благополучию пожилого человека.
- Обвинение в колдовстве — бесчестие и остракизм.
- Жестокое обращение в учреждениях — негуманное обращение, от которого пожилые страдают в больницах и пенсионных службах, а также отсутствие внимания со стороны правительства.

Таковы были результаты первого исследования в ЮАР, пытавшегося получить информацию о проблеме непосредственно от старых людей. Это была также первая попытка классифицировать жестокое обращение с престарелыми в развивающейся стране: классификация строится по западной модели, но в нее привносятся дополнительные факторы, важные для коренного населения.

Масштабы проблемы Домашнее обращение

Поскольку большинство развивающихся наций только недавно стали осознавать эту проблему, информация о распространенности жестокого обращения с пожилыми зиждилась на пяти исследованиях, проведенных за последнее десятилетие в пяти развитых странах (16–20). Эти исследования показывают уровень жестокого обращения с пожилыми людьми (включая физическое, психологическое и финансовое, а также отсутствие заботы), равный 4–6%. Сравнить исследования трудно, так как они учитывают разное время. Данные, полученные исследованиями, проведенными в Канаде, Нидерландах и США, относятся к «предшествующему году». Исследования в Финляндии разбирают жестокое обращение с «момента ухода на пенсию», тогда как

исследование в Великобритании касается случаев «за последние несколько лет». Первый ряд исследований (в Канаде, Нидерландах и США) не выявил большой разницы между показателями жестокого обращения в разных половозрастных группах, исследование же в Финляндии обнаружило более высокий процент жертв женского пола (7,0%) по сравнению с мужским (2,5%). Что касается британского исследования, то оно также не дало сильных различий по возрасту и полу. Из-за разных методик, примененных в этих пяти исследованиях, и относительно небольшого числа жертв дальнейший их сравнительный анализ нецелесообразен.

Последний обзор жестокого обращения в семьях в Канаде обнаружил, что 7% пожилых людей за предшествующие пять лет испытали какую-либо форму эмоционального жестокого обращения, 1% — финансовое жестокое обращение и 1% — физическое жестокое обращение или сексуальное нападение со стороны детей, воспитателей или партнеров (21). Мужчины (9%) чаще, чем женщины (6%) сообщали о том, что пострадали от эмоционального или финансового жестокого обращения. Из-за разных вопросов, задаваемых людям, и разных временных рамок эти данные нельзя сравнивать с данными более раннего исследования, проведенного в этой же стране, которое обнаружило гораздо меньший уровень эмоционального жестокого обращения (1,4%) и больший уровень финансового жестокого обращения (2,5%) (17).

Ситуация в учреждениях

Четверть столетия тому назад доля пожилых людей в развитых странах, проживающих в домах престарелых и тому подобных учреждениях, достигла 9% от их общего числа (22). Начиная с этого времени за пожилыми стали чаще ухаживать внутри общин и в учреждениях, меньше ограничивающих свободу передвижения. В настоящее время уровень использования домов престарелых колеблется в диапазоне 4–7% в таких странах, как Канада (6,8%), Израиль (4,4%), ЮАР (4,5%) и США (4%). В большинстве африканских стран пожилых людей можно обнаружить в больничных палатах для долгосрочного ухода, в приютах для нуждающихся и нетрудноспособных и — в некоторых странах к югу от Сахары — в специальных лагерях для «ведьм». Социальные, экономические и культурные изменения, которые происходят сейчас в некоторых развивающихся обществах, оставляют

семьям еще меньше возможностей заботиться о своих слабых родственниках, что предвещает рост потребности в специальных учреждениях для престарелых. В Китае надежда на учреждения, в которых позаботятся о пожилых, становится нормой. На Тайване (Китай) уход за пожилыми в учреждениях быстро обгоняет семейный уход (AY Kwan, неопубликованные данные, 2000).

В Латинской Америке доля престарелых, живущих в специальных учреждениях, находится в диапазоне 1–4%. Уход за старыми людьми в учреждениях больше не считается неприемлемым, а рассматривается семьями как альтернативный вариант. Финансируемые правительством *asilos* (большие учреждения, напоминающие ранние английские работные дома) были преобразованы в небольшие учреждения, в штате которых работают специалисты по многим дисциплинам. Другие дома находятся в ведении религиозных общин иммигрантов. Количество престарелых, находящихся в специальных учреждениях, в странах бывшего Восточно-Европейского блока неизвестно, поскольку власти не разрешали публикацию такой информации.

Несмотря на обширную литературу о качестве ухода в учреждениях и на то, что случаи жестокого обращения с престарелыми были хорошо засвидетельствованы в правительственных расследованиях, этнографических исследованиях и личных историях, национальные данные о распространенности насилия в учреждениях отсутствуют. Существуют только местные данные исследований меньшего масштаба. Опрос, проведенный среди персонала лечебницы в одном штате США, выявил, что в предшествовавшем году 36% сотрудников по уходу и общего персонала были свидетелями по крайней мере одного случая физического жестокого обращения со стороны других сотрудников, а 10% признали, что сами совершили по крайней мере один такой акт. По крайней мере один случай психологического плохого обращения с пациентом наблюдали в предшествующем году 81% опрошенных, а 40% сообщили, что сами в нем участвовали (23). Можно предположить, что плохое обращение с пожилыми, проживающими в учреждениях, встречается гораздо чаще, чем обычно думают.

Уровень жестокого обращения с пожилыми как в общинах, так и в учреждениях, вероятно, больше, чем указывает общая статистика о насильственных актах, собранная странами. Некоторые

несоответствия проистекают из того факта, что жестокое обращение с пожилыми не распознавалось до 1970-х годов. Смерть пожилых в учреждениях и в общинах часто относили на счет естественных, случайных или невыясненных причин, в то время как фактически она была следствием жестокого отношения или отсутствия ухода.

Каковы факторы риска жестокого обращения с пожилыми?

Большинство ранних работ по жестокому обращению ограничивалось исследованием домашнего окружения и выполнялось в развитых странах. В поисках объяснения жестокого обращения с пожилыми людьми исследователи обращались к литературе в области психологии, социологии, геронтологии и к изучению насилия в семье. Чтобы учесть всю сложность этой проблемы и множество связанных с ней факторов, исследователи (25, 16) обратились к экологической модели, впервые примененной к исследованию жестокого обращения с детьми и отсутствия ухода за ними (24). Экологическая модель может учитывать взаимодействия, происходящие в ряде систем. Как было описано в главе 1, модель состоит из иерархии четырех уровней окружающей среды: человек, взаимоотношения, община и общество.

Индивидуальные факторы

Первые исследователи этой проблемы пренебрегали личностными нарушениями, не считая их причинами насилия в семье, и уделяли большее внимание социальным и культурным факторам (27). Однако недавнее исследование насилия в семье показало, что агрессивные лица – виновники жестокого обращения с пожилыми чаще имеют личностные нарушения и чаще злоупотребляют алкоголем, чем обычные средние люди (28). Исследования насилия над пожилыми в домашней обстановке также обнаружили, что агрессоры чаще имеют проблемы с психическим здоровьем и злоупотребляют веществами, чем члены семьи или воспитатели, которые не применяют насилие (29–31).

Когнитивные и физические нарушения у пожилых, подвергшихся жестокому обращению, в ранних исследованиях были строго идентифицированы как факторы риска такого обращения. Однако более позднее исследование инцидентов в учреждении социального обеспечения обнаружило, что

пожилые, с которыми плохо обращались, были отнюдь не более ослаблены, чем их не подвергшиеся жестокому обращению ровесники, а может быть даже менее ослаблены, особенно в случаях физического и вербального плохого обращения (32). В других исследованиях изучались пациенты с болезнью Альцгеймера и было найдено, что степень их заболевания не была фактором риска насилия (33, 34). Однако среди всех случаев жестокого обращения, о которых сообщают властям, насилие по отношению к очень старым и самым ослабленным людям обычно составляет большую долю.

Некоторые указывают пол в качестве определяющего фактора для жестокого обращения с пожилыми, основываясь на том, что старые женщины в течение всей своей жизни притесняются и подвергаются экономическому угнетению (35). Однако исследование, проведенное в общине, показало, что пожилые мужчины подвергаются риску жестокого обращения со стороны супруги, взрослых детей и других родственников приблизительно в той же степени, что и женщины (16, 17).

Хотя доход пожилых не был значимым фактором при изучении распространенности насилия над пожилыми в США, финансовые трудности, которые испытывает виновник насилия, по-видимому, действительно являются важным фактором риска. Иногда это связано с тем, что взрослые дети злоупотребляют наркотиками или другими веществами, что заставляет их вымогать деньги или пенсионные чеки у пожилых родителей. Раздражение родственников, которым приходится тратить деньги на уход за пожилым человеком, возможно, играет роль в жестокое обращение с ним.

Факторы взаимоотношений

В ранних теоретических моделях уровень стресса у тех, кто ухаживает за пожилыми, считался фактором риска плохого обращения (36, 37). Обычно при этом изображали зависимую жертву и опекуна, испытывающего чрезмерный стресс. Однако имеется множество данных о том, что ни тот, ни другой фактор не объясняют случаи плохого обращения должным образом. Хотя исследователи не отрицают влияние стресса, сейчас они склонны рассматривать его в более широком контексте, где причинным фактором является качество общих отношений (30, 34, 38). Некоторые из исследований, учитывающих стресс у тех, кто обеспечивает уход, и болезнь Альцгеймера у пожилых, показыва-

ют, что важным предсказателем жестокого обращения может быть сложившийся характер взаимоотношений между пожилым человеком и его опекуном (34, 39, 40). Поэтому сегодня полагают, что стресс может быть сопутствующим фактором плохого обращения, но сам по себе его не объясняет.

Изучение пациентов со слабоумием показало, что насильственные акты, совершаемые ими, могут действовать как «пусковые механизмы» для ответного насилия со стороны опекуна (41). Это можно объяснить тем, что насилие — результат взаимодействия нескольких факторов, среди которых стресс, взаимоотношения между попечителем и опекаемым, деструктивное поведение и агрессия опекаемого и депрессия у попечителя (42).

Условия проживания, особенно перенаселенность и невозможность уединения, могут приводить к конфликтам в семье. Хотя жестокое обращение может иметь место и в том случае, когда попечитель и престарелый проживают раздельно, престарелый больше подвергается риску, когда живет с попечителем.

Ранние теории также пытались связать зависимость одних людей от других с повышенным риском жестокого обращения. Сначала внимание фокусировалось на зависимости жертвы от попечителя, позже было выявлено, что часто бывает наоборот: виновники насилия зависят от престарелых. Обычно это взрослые дети, зависящие от пожилых родителей, которые обеспечивают их жильем и оказывают финансовую помощь (32). В некоторых случаях очевидна «паутина взаимозависимости», когда между жертвой и виновником существует сильная эмоциональная привязанность, которая часто препятствует попыткам вмешательства.

Факторы общины и общества

Почти во всех исследованиях факторов риска весьма значимым для плохого обращения с престарелыми оказывается фактор социальной изоляции в общине (17, 29, 43, 44). Как и в случае с избиванием женщин, изоляция престарелых может быть как причиной, так и следствием жестокого обращения. Многие пожилые изолированы из-за физических или психических недугов. Более того, потеря друзей и членов семьи снижает возможность социального взаимодействия.

Хотя для этого еще недостаточно эмпирических данных, социальные факторы в настоящее время считаются важными факторами риска жестоко-

го обращения с престарелыми как в развивающихся, так и в индустриальных странах. В прошлом же больше подчеркивали индивидуальные и межличностные особенности. Культурные нормы и традиции — такие как дискриминация по возрасту и полу и «культивирование» насилия — сейчас также считаются играющими важную роль. Пожилых людей часто изображают как хилых, слабых и зависимых, что делает их менее достойными правительственных инвестиций и даже семейной заботы по сравнению с другими группами населения, зато представляет готовыми объектами для эксплуатации.

Что касается стран Африки к югу от Сахары, то здесь действуют следующие факторы общины и общества:

- отцовская и материнская системы передачи наследства и прав на землю, влияющие на распределение власти;
- взгляды на роль женщины в обществе;
- ослабление связей между поколениями семьи, вызванное миграцией из села в город и ростом образования;
- потеря пожилыми людьми (в результате модернизации) своей роли в решении традиционных домашних, ритуальных и семейных вопросов.

Согласно исследованию фокусной группы в ЮАР, упомянутому ранее, значительная часть жестокого обращения — и особенно домашнего насилия — происходит в результате отсутствия порядка в обществе, усиленного преступлениями, алкоголем и наркотиками. К похожим выводам пришли авторы опроса, проведенного среди лидеров семи общин, расположенных на незаконно захваченной территории в Кетлехонге (ЮАР) (15). Опрошенные связали бедность и насилие, описав, как дисфункциональная семейная жизнь, отсутствие денег на самое необходимое, отсутствие возможностей для работы и образования способствуют преступлениям, торговле наркотиками и проституции среди молодых людей. В этом обществе пожилые люди рассматриваются как объекты плохого обращения и эксплуатации, а их уязвимость объясняется бедностью в результате отсутствия пенсии и возможности работать, плохой гигиеной, болезнями и плохим питанием.

Политические трансформации в посткоммунистической Восточной Европе также породили условия, повышающие риск жестокого обращения с пожилыми людьми. Среди факторов, повлияв-

ших на здоровье и психологическое благополучие всего населения и особенно увеличивших риск плохого обращения с престарелыми, следующие:

- обеднение значительной части общества;
- высокая безработица;
- отсутствие стабильности и социальной безопасности;
- агрессия, направленная на окружающий мир, особенно у молодежи.

В китайском обществе было выявлено несколько причин плохого обращения с пожилыми (45), в том числе:

- отсутствие уважения к пожилым у молодого поколения;
- напряженность между традиционным типом семьи и новыми семейными структурами;
- реструктурирование основных систем поддержки пожилых;
- миграция молодых пар в новые города и оставление пожилых родителей в городских центрах, где условия для проживания становятся хуже.

Исследования жестокого обращения с пожилыми обычно фокусируются на межличностных и семейных проблемах. Однако лучше отражает реальность интегрированная модель, охватывающая индивидуальные, межличностные, общинные и общественные факторы; она уменьшает и некоторые очевидные перекосы в ранних исследованиях. Такая модель учитывает трудности, стоящие перед пожилыми людьми, особенно женщинами. Эти люди часто живут в нищете, без самого необходимого для проживания и без семейной поддержки, что повышает риск жестокого обращения с ними, отсутствия ухода и эксплуатации.

Последствия жестокого обращения с пожилыми

Для пожилых последствия жестокого обращения могут быть особенно серьезны. Пожилые люди физически слабее и уязвимее, чем молодые, их кости более хрупкие, и выздоравливают они дольше. Даже относительно небольшая травма может повлечь за собой серьезные, неизлечимые последствия. Многие пожилые живут на ограниченные доходы, так что потеря даже небольшой суммы денег важна для них. Они могут быть изолированы, одиноки или страдать от болезней — в этом случае они более уязвимы для мошенничества.

Домашнее окружение

Эмпирических исследований последствий плохого обращения проводилось очень мало, хотя есть множество сообщений из клиник и судов о сильных эмоциональных потрясениях, перенесенных пожилыми людьми из-за плохого обращения. Данные исследований, проведенных в развитых странах, показывают, что пожилые, подвергшиеся жестокому обращению, чаще страдают от депрессии или психологических расстройств, чем их сверстники, не подвергавшиеся насилию (31, 46, 47). Поскольку эти исследования проводились методом поперечного (синхронного) анализа, невозможно определить, были у пожилых эти нарушения раньше или они появились в результате плохого обращения. Другие симптомы, которые ассоциируются со случаями жестокого обращения, включают чувство беспомощности, вины и стыда, отчуждение, страх, тревогу и посттравматический стресс (48, 49). Участники фокусного группового исследования в ЮАР помимо проблем со здоровьем называли также эмоциональные последствия и, по словам одного участника, «болезнь сердца» (15).

В конструктивном исследовании, проведенном в Нью-Хейвене (Коннектикут, США), данные ежегодного исследования здоровья и благополучия репрезентативной выборки из 2812 пожилых людей соединялись с базой данных местной организации, занимающейся проблемой жестокого обращения со взрослыми; исследование проводилось 9 лет (50). Информацию о здоровье собирали медсестры, которые присматривали за пожилыми в больнице; это делалось в первый год сбора данных и в каждый третий год после этого. В промежуточные годы данные собирались по телефону. Информация о жестоком обращении и отсутствии ухода дома была собрана работниками судов, исходя из имеющихся протоколов расследования жалоб на плохое обращение; обычно это делалось во время домашних визитов. Объединенные действия позволили исследователям определить тех людей из выборки, которые в течение 9 лет наблюдения испытывали физическое жестокое обращение и отсутствие ухода. Затем был вычислен уровень смертности, начиная с первого года наблюдения и за 12 лет после этого, среди тех, с кем жестоко обращались и не обеспечивали ухода, а также в контрольной группе, не подвергавшейся насилию. Когда сравнили этот уровень, оказалось, что в контрольной группе через 13 лет 40% были живы, а

среди тех, с кем физически жестоко обращались или за кем не ухаживали, живы остались только 9%. Проверив все возможные факторы, которые могли бы повлиять на смертность (например, возраст, пол, доход, функциональное и когнитивное состояние, диагноз и степень социальной поддержки), и установив их незначительное влияние, исследователи сделали вывод, что плохое обращение вызывает огромный межличностный стресс, который может увеличивать риск смерти.

Учреждения

Плохое обращение с пожилыми было обнаружено в учреждениях для оказания длительного ухода (например, в домах престарелых и инвалидов, больницах и дневных стационарах) почти во всех странах, где существуют такие учреждения. Разные люди могут быть виновниками такого обращения: сотрудники, другие проживающие, посетители, родственники или друзья. Плохое обращение с пожилым дома не обязательно заканчивается после его помещения в учреждение; иногда оно продолжается и здесь.

Нужно уметь различать жестокое обращение и отсутствие ухода в учреждении, которое исходит от отдельных лиц, от общего плохого обращения в учреждении, где доминирует оскорбительное и пренебрежительное отношение к пожилым. На практике иногда трудно сказать, явилось ли жестокое обращение или плохой уход, обнаруженные в учреждении, следствием индивидуальных актов или недостатков всего учреждения — эти два фактора часто сосуществуют.

Диапазон жестокого обращения и отсутствия ухода в учреждениях очень широк (51) и может быть связан со следующим:

- обеспечение ухода — например, сопротивление новым методам в гериатрической медицине, разрушение индивидуальности пациента при уходе, неадекватное питание и неполноценный уход (отсутствие внимания к постоянным недомоганиям);
- проблемы персонала — например, стресс, связанный с работой, усталость сотрудников, плохие условия для работы, недостаточная подготовка и психологические проблемы;
- проблемы с взаимодействием персонала и пациентов — например, плохая коммуникация, агрессивность пациентов и культурные различия;

- окружающая обстановка — например, отсутствие элементарной уединенности, ветхое здание, ограничения на свободу передвижения, неадекватная сенсорная стимуляция и несчастные случаи в учреждении;
- организационные меры — например, забота только о пользе учреждения, предоставление пациентам небольшого выбора возможностей для проведения дневного досуга, бюрократическое и невнимательное отношение к ним, нехватка персонала или быстрая его смена, кражи личных вещей и денег проживающих; отсутствие собрания пациентов или семейного совета.

Есть данные из Индии, которые показывают, что персонал домов престарелых часто «увечивает» насилие, устанавливая систему неоспариваемых правил — под видом дисциплины или заботы о пациентах и пользуясь их зависимостью. Ситуацию еще больше ухудшает непрофессионализм администрации.

Имеющаяся информация не позволяет выяснить, насколько распространена такая ситуация в учреждениях. В числе десяти слабых мест, названных в обзоре 15 000 домов престарелых, проведенном в 1997 г. правительством США (52), были:

- 1) приготовление пищи (21,8%);
- 2) всесторонняя документированная оценка всех нужд пациентов, включая медицинский, вспомогательный и социальный уход (17,3%);
- 3) планы по уходу за пациентами — обычно в форме документа, определяющего каждодневные нужды пациента и указывающего, кто отвечает за их удовлетворение, с комментариями о ходе работы и требуемых изменениях (17,1%);
- 4) несчастные случаи (16,6%);
- 5) невнимание к недомоганиям пациентов (16,1%);
- 6) качество ухода (14,4%);
- 7) физические ограничения (13,3%);
- 8) ведение хозяйства (13,3%);
- 9) отсутствие уважения (13,2%);
- 10) предупреждение несчастных случаев (11,9%).

Жестокое обращение и отсутствие заботы имеют место во многих учреждениях, даже в тех, которые, как кажется, предоставляют пациентам высококачественный уход. Основной вывод, сделанный в ходе расследований скандалов в домах пре-

старелых, состоит в том, что приемлемый или хороший режим ухода может относительно легко и быстро трансформироваться в оскорбительный, стоит чуть измениться внешней ситуации (53).

Что можно сделать для предупреждения жестокого обращения с престарелыми?

Влияние, которое физическое и психологическое насилие оказывает на здоровье пожилых, усиливается из-за процесса старения и болезней старческого возраста. Пожилому еще труднее избежать плохого отношения к себе или принять правильное решение в силу физических и когнитивных нарушений, которые обычно приходят с возрастом. В некоторых местах обязанности родства и необходимость обращения к многочисленным родственникам для разрешения трудностей могут также ослабить способность престарелых, особенно женщин, избегать опасных ситуаций. Часто виновник жестокого обращения может быть единственным человеком, с которым общается жертва. По этим и другим причинам предотвращение жестокого обращения с престарелыми представляет целый ряд проблем для практиков. В большинстве случаев самой большой дилеммой является выбор между правом престарелого человека на самостоятельное решение и необходимостью принять меры и покончить с жестоким обращением.

Реагирование на национальном уровне

Работа на национальном уровне по активизации борьбы общества с жестоким обращением с престарелыми и разработка законодательства и других политических инициатив находятся в разных странах на разных этапах развития. Некоторые авторы (54, 55) используют для описания стадий этого процесса модель социальных проблем Блума (56), а именно:

- возникновение проблемы;
- ее легитимизация;
- активизация действий;
- формулирование официального плана;
- исполнение плана.

США в этом отношении наиболее передовая страна, здесь полностью разработана система сообщений о случаях жестокого обращения с престарелыми и реагирования на них. Эта система действует на государственном уровне, причем федеральное правительство ограничивается оказа-

нием поддержки Национальному центру по жестокому обращению с пожилыми, который предоставляет техническую помощь и небольшие денежные суммы штатам для служб по предупреждению жестокого обращения с престарелыми. На национальном уровне действуют также Национальный комитет по предупреждению жестокого обращения с пожилыми (некоммерческая организация, созданная в 1988 г.) и Национальная ассоциация служб защиты взрослых, учрежденная в 1989 г.

В Австралии и Канаде некоторые провинции и штаты внедрили системы реагирования на случаи жестокого обращения с пожилыми, но официальной федеральной политики здесь не существует. Новая Зеландия провела серию пробных проектов по всей стране. Все три страны имеют национальные сети по предотвращению плохого обращения с пожилыми. Новозеландский национальный консультативный совет по вопросам жестокого обращения со стариками и отсутствия ухода за ними был образован в начале 1990-х годов. В 1998 г. была учреждена Австралийская сеть для предотвращения жестокого обращения с престарелыми; она стала местом контактов и обмена информацией для тех, кто работает с пожилыми, подвергающимися насилию. В 1999 г. была создана Канадская сеть по предупреждению жестокого обращения с престарелыми. У нее сходные цели: разработать меры, программы и услуги для искоренения жестокого обращения с пожилыми.

В Великобритании национальная неправительственная организация «Action on Elder Abuse» обратила внимание правительства на жестокое обращение с престарелыми и помогла министерству здравоохранения и инспекции социального обеспечения разработать необходимые документы. Норвегия лидирует среди скандинавских стран, получив от парламента одобрение проекта оказания услуг в Осло и центра информации и научных исследований в области насилия. Этот центр был создан в результате проведения кампании против жестокого обращения с престарелыми. Другие европейские страны, включая Францию, Германию, Италию и Польшу, согласно модели Блумера находятся на стадии «легитимизации» проблемы. Деятельность по предупреждению жестокого обращения с престарелыми в этих странах ограничивается, главным образом, научными исследованиями и несколькими местными программами.

Латиноамериканский комитет по предупреждению жестокого обращения с пожилыми активно

проводит кампании, чтобы привлечь к этой проблеме внимание общества в латиноамериканских странах и в Карибском регионе, и предлагает тренинги на региональном и национальном уровнях. В некоторых странах этого региона, включая Кубу, Перу, Уругвай и Венесуэлу, осведомленность о проблеме все еще невелика, пока проводятся только совещания специалистов и научные исследования. Другие страны в этом регионе, такие как Аргентина, Бразилия и Чили, осуществляют некоторые действия в направлении легитимизации проблемы.

В Буэнос-Айресе (Аргентина) в 1998 г. была учреждена организация «Proteger», занимающаяся исключительно работой со случаями жестокого обращения с пожилыми. Это одна из программ министерства по проблемам социального обеспечения и делам пожилых. Сотрудники этой программы проходят 6-месячный тренинг по геронтологии, в котором основное внимание уделяется предупреждению насилия и вмешательству в случае жестокого обращения с престарелыми. В «Proteger» есть также бесплатная телефонная служба, куда пожилые могут обратиться за помощью и советом.

В Бразилии министерство юстиции, здравоохранения и социального обеспечения предоставило официальную поддержку образовательным программам по вопросу жестокого обращения с престарелыми. В Чили в результате работы межминистерской комиссии по предупреждению семейного насилия в 1994 г. был принят закон против насилия в семье (57). Закон охватил все виды семейного насилия, включая насилие, направленное против пожилых людей.

В Азии научные исследования по проблеме жестокого обращения с пожилыми были выполнены в Китае (ОАР Гонконг), Индии, Японии и Республике Корея. Они привлекли всеобщее внимание к этой проблеме, но никаких официальных действий, например разработки стратегии или создания программ, пока не последовало.

Сообщения о жестоком обращении с пожилыми в ЮАР впервые появились в 1981 г. В 1994 г. была создана программа предотвращения такого обращения с пожилыми в различных учреждениях; она действовала и в государственном, и в частном секторе (58). Активисты настаивали на разработке национальной стратегии по этой проблеме (сейчас этот вопрос рассматривает правительство). Они также способствовали включению вопроса о жесто-

ком обращении с престарелыми в итоговое заявление Южноафриканской конференции развития общин по предупреждению насилия против женщин, которая была проведена в Масеру (Лесото) в декабре 2000 г. Нигерийская коалиция по предупреждению жестокого обращения с пожилыми объединяет все организации и группы, работающие с престарелыми. Однако для многих других африканских народов проблема насилия над престарелыми заслоняется более насущными проблемами — такими как конфликты, бедность и государственные долги.

Всемирная деятельность в области борьбы с жестоким обращением с престарелыми быстро расширяется, и в 1997 г. была организована Международная сеть по предупреждению жестокого обращения с пожилыми (INPEA), в которой участвуют представители всех шести континентов. Цели INPEA следующие: повысить осведомленность общественности; обеспечить образование и тренинги; проводить кампании в интересах пожилых, с которыми жестоко обращаются и о которых не заботятся; исследовать причины и следствия жестокого обращения с престарелыми; находить методы лечения жертв и предупреждения такого обращения. Пока INPEA находится в начальной стадии развития и главным видом ее деятельности являются семинары; они проводятся на собраниях специалистов в Австралии, Бразилии, Канаде, Кубе, Великобритании и США. Учрежден квартальный информационный бюллетень, работает веб-сайт. INPEA была также вдохновителем создания австралийской и канадской сетей.

Реагирование на местном уровне

Большинство программ, созданных для решения проблемы жестокого обращения с престарелыми, действуют в странах с высоким доходом. Они обычно функционируют под покровительством служб социального обеспечения, системы здравоохранения, правоохранительных органов или в союзе с программами по борьбе с семейным насилием. Несмотря на то, что жестокое обращение с престарелыми существует и во многих странах с низким и средним доходами, там действует мало таких программ. В этих странах случаи жестокого обращения с пожилыми обычно разбирают правительственные и неправительственные службы социального обеспечения, хотя их персонал не всегда имеет знания по этому предмету. Исключением является Коста-Рика, где имеется сильная ме-

стная программа (11). В некоторых развивающихся странах нет служб социального обеспечения или систем охраны здоровья, которые могли бы рассматривать случаи жестокого обращения с престарелыми.

Социальные службы

Обычно помощь престарелым, с которыми жестоко обращались, за которыми не ухаживали или эксплуатировали, оказывается через существующую сеть медицинских и социальных услуг. Часто это медицинская и психологическая помощь, разрешение этических, финансовых и юридических проблем и вопросов окружающей среды. Чтобы помочь работникам этих служб, разработаны специальные инструкции, с ними также проводятся тренинги. Помощь обычно планируется командами консультантов — специалистов по многим дисциплинам. Обычно эти службы действуют в тесном сотрудничестве с государственными органами, а также с частными и благотворительными организациями, которые предлагают консультационные услуги, проводят тренинги, разрабатывают проекты законов и обнаруживают слабые места в системе. Часто особенностью таких систем являются телефонные линии помощи, которые получают сообщения о жестоком обращении (59, 60). В настоящее время они действуют в Великобритании и на местном уровне во Франции, Германии и Японии (см. вставку 5.2). Только в США и в нескольких канадских провинциях созданы специальные системы для сообщений о плохом обращении со взрослыми. Они известны под названием «службы защиты взрослых». Сотрудники этих служб расследуют и оценивают случаи насилия, разрабатывают планы по уходу и отслеживают ситуации до их передачи существующим социальным службам для престарелых.

Наряду с помощью женщинам — жертвам избиений помощь пожилым жертвам насилия приобретает все большую важность. Убежища и группы поддержки, специально созданные для престарелых, с которыми жестоко обращались — относительно новое явление. Они создают среду, где жертвы плохого обращения могут поделиться опытом с другими, укрепить психологически, чтобы побороть свои страхи и неуверенность в себе, уменьшить стресс и тревогу, повысить самоуважение. Пример того, как модель борьбы с домашним насилием была адаптирована применительно

ВСТАВКА 5.2**Японский центр предупреждения жестокого обращения с пожилыми**

В 1993 г. Общество по изучению жестокого обращения с престарелыми (SSEA) в Японии, независимая группа, состоящая из социальных работников и ученых, провело национальное обследование учреждений по уходу за пожилыми в общинах. Это обследование подтвердило существование жестокого обращения с престарелыми в Японии. Основываясь на его результатах, SSEA решило, что телефонные консультации, сходные с теми, что проводит в Великобритании «Action on Elder Abuse», будут лучшим способом противостоять проблеме жестокого обращения с престарелыми (60).

В 1996 г. национальная неправительственная организация профинансировала создание Японского центра по предупреждению жестокого обращения с пожилыми — неприбыльной организации, предлагающей консультации по телефонной линии помощи «Helpline». Один из членов SSEA, директор дома престарелых, выделил комнату для офиса и оказал другую помощь. Реклама консультативных услуг появилась в газетах, центрах поддержки и других организациях.

Сегодня «Helpline» предоставляет любую информацию, а также юридические консультации всем, включая специалистов здравоохранения и социального обеспечения, по проблемам, связанным с жестоким обращением с престарелыми.

Первоначально все консультанты «Helpline» были членами SSEA, но вскоре к персоналу были добавлены три добровольца со стороны. Каждый день ведут прием один или два консультанта. Для новых консультантов проводятся тренинги, и все консультанты посещают ежемесячные собрания в SSEA, чтобы обмениваться информацией по вопросу жестокого обращения с престарелыми и изучать все имеющиеся случаи. Чтобы разобраться с особыми случаями, могут быть приглашены сторонние профессионалы.

«Helpline» — исключительно телефонная служба. Если тот, кто звонит, нуждается в личной консультации, его случай передается для рассмотрения в местный центр поддержки. Обеспечение приватности, конфиденциальности и анонимности всех обращающихся — основная забота «Helpline».

к проблеме плохого обращения с престарелыми — программа, созданная Финской федерацией домов и убежищ для матери и ребенка в сотрудничестве с местным домом престарелых и финской системой здравоохранения. Этот проект в случае необходимости предоставляет место в доме престарелых, дает пожилым возможность получить совет и побеседовать об их проблеме по телефонной линии помощи и направляет на 2 недели в группу поддержки жертв плохого обращения. Подобные экстренные убежища существуют в Канаде, Германии, Японии и США.

В странах с низким доходом, не имеющих социальных служб на уровне страны, чтобы проводить такие программы, можно осуществлять местные проекты со своим комплексом услуг, а также проводить информационные кампании по изменению ситуации. Такая деятельность также вернет пожилым силы и самоуважение. В Гватемале, например, слепые пожилые люди, которых их семьи

выгнали из дома, создали свой комитет, построили для себя безопасное жилище и организовали ремесленные мастерские и другие приносящие доход предприятия, чтобы окупить это жилище (61).

Медицинский уход

В некоторых латиноамериканских и европейских странах, а также в Австралии медики играют ведущую роль в повышении общественного интереса к вопросам жестокого обращения с пожилыми. В других странах, включая Канаду и США, врачи многие годы отставали от социальных работников и специалистов по уходу за пожилыми. Программы по этой проблеме редко работают в больницах. Там, где они существуют, они обычно представлены консультационными бригадами, которые работают по вызову, когда им сообщают о случае жестокого обращения. Медики играют важную роль в программах по скринингу (осмотру) пациентов и выявлению случаев жестокого обращения.

Хотя врачам удобнее диагностировать случаи насилия — в частности из-за доверия к ним большинства престарелых — многие врачи этого не делают, поскольку это не входит в их обязанности, и поэтому плохое обращение не фигурирует в списке возможных диагнозов.

В пунктах неотложной помощи особым нуждам пожилых уделяется мало внимания. Медики часто чувствуют себя более комфортно с молодежью и игнорируют интересы престарелых. Большинство отделений скорой помощи не делают записей относительно плохого обращения с престарелыми и редко реагируют на психические или поведенческие признаки жестокого обращения, которые имеются у престарелых, такие как депрессия, попытки самоубийства, злоупотребление наркотиками или алкоголем (62).

Обследование состояния пациента по поводу возможного жестокого обращения следует проводить (63, 64), если врач или другой медицинский работник замечает что-то из следующих признаков:

- задержка между получением травмы или заболеванием и обращением за медицинской помощью;
- неправдоподобное или туманное объяснение травмы или плохого состояния здоровья, полученное от пациента или попечителя;
- пациент и попечитель рассказывают разные истории болезни;
- частое посещение отделений неотложной помощи из-за обострения хронического заболевания, несмотря на план ухода и средства, доступные дома;
- престарелые пациенты с функциональными нарушениями приезжают без своих главных попечителей;
- лабораторные данные не совпадают с рассказанными историями;

Принимая пациента (65), врач или медработник должны:

- наедине опросить больного, задавая прямые вопросы о возможном физическом насилии, ограничениях или отсутствии ухода;
- отдельно опросить виновника насилия;
- уделить пристальное внимание взаимоотношениям между пациентом и предположительным виновником насилия;
- провести всестороннее гериатрическое обследование пациента, включая медицин-

ские, функциональные, когнитивные и социальные факторы;

- опросить пациента о его социальных связях — как формальных, так и неформальных.

Таблица 5.1 содержит список индикаторов плохого обращения, которые могут служить полезным руководством. Тем не менее, наличие у пациента любого из этих признаков еще не следует рассматривать как доказательство того, что жестокое обращение фактически имело место.

Юридические действия

Несмотря на растущую важность проблемы, большинство стран пока не ввели особого законодательства о жестоком обращении с престарелыми. Отдельные аспекты жестокого обращения обычно охватываются уголовным или гражданским правом, а также законами, касающимися собственности, насилия в семье или психического здоровья. Специальный кодекс, который охватывал бы все стороны жестокого обращения с престарелыми, подразумевал бы более строгие меры по искоренению проблемы. Однако даже в тех странах, где есть такие законы, случаи жестокого обращения с престарелыми очень редко преследуются в судебном порядке. Это происходит потому, что пожилые обычно не хотят — или не могут — выдвинуть обвинение против членов семьи. Ведь их часто рассматривают как ненадежных свидетелей, а кроме того, жестокое обращение с ними обычно носит скрытый характер. До тех пор пока жестокое обращение с пожилыми будет рассматриваться только как вопрос отдельных «плохих» попечителей, юридические действия вряд ли будут эффективны.

Только атлантические провинции Канады, Израиль и ряд штатов в США имеют законы, обязывающие сообщать о жестоком обращении с престарелыми. В США 43 штата требуют, чтобы специалисты, работающие с престарелыми, сообщали о возможных случаях жестокого обращения с ними, об отсутствии ухода или эксплуатации в специально созданные государственные организации, если у них есть «причина предполагать» это. Первый закон на уровне штата был принят в 1986 г., а последний — в 1999 г. Канадская провинция Ньюфаундленд приняла закон о защите взрослых уже в 1973 г., а последняя из четырех атлантических провинций — Остров Принс-Эдуард — в 1988 г. Изра-

ТАБЛИЦА 5.1

Индикаторы жестокого обращения с пожилыми

Относящиеся к пожилому человеку				Относящиеся к попечителю
Физические	Поведенческие и эмоциональные	Сексуальные	Финансовые	
<ul style="list-style-type: none"> Жалобы на жестокое физическое обращение Необъяснимые падения и травмы Ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида Порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения Избыточный повторный прием лекарств или недостаточный их прием Истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью Свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены Человек обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры 	<ul style="list-style-type: none"> Изменение режима питания или проблемы со сном Страх, замешательство или покорный вид Пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия Беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство Противоречивые утверждения или другие противоречия в поведении, не связанные с психическим нездоровьем Нежелание говорить открыто Уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза Изоляция пожилого человека 	<ul style="list-style-type: none"> Жалобы на сексуальное насилие Сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека Необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий Частые жалобы на боль в животе или необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения Повторяющиеся генитальные инфекции или синяки в области груди или гениталий Разорванное, запачканное или окровавленное нижнее белье 	<ul style="list-style-type: none"> Частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека Снятие денежных сумм, слишком больших для пожилого Изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество остаются «новым друзьям или родственникам» Потеря имущества Пожилой «не может найти» драгоценности или личные вещи Подозрительная активность с кредитной картой Отсутствие удобств, которые пожилой человек мог бы себе позволить Отсутствие лечения, в том числе психических расстройств Уровень ухода не соответствует доходу и имуществу пожилого 	<ul style="list-style-type: none"> Попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс Попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным Попечитель обвиняет престарелого в таких актах как невоздержанность Попечитель ведет себя агрессивно Попечитель обращается с престарелым как с ребенком или животным Попечитель имеет опыт злоупотребления наркотиками, другими веществами или жестокого обращения с другими людьми Попечитель не хочет, чтобы пожилого опрашивали одного У попечителя оборонительная реакция, когда ему задают вопросы; враждебность или уклончивость Попечитель уживается за пожилым уже долгое время

ильский закон датируется 1989 г. Как и законы о жестоком обращении с детьми, эти законы были введены, чтобы не оставить незамеченными случаи жестокого обращения с пожилыми. Обязанность сообщать о таких случаях считается эффективным средством борьбы, особенно в ситуациях, когда жертвы не в состоянии сообщить о насилии, а профессионалы с неохотой его рассматривают. Но окончательного ответа на вопрос, эффективны ли обязательные сообщения о насилии, научные исследования пока не дали. При этом есть предположение, что сообщат медики или не сообщат о случаях насилия, зависит не столько от юридических требований, сколько от организационных, этических, культурных и профессиональных факторов (66).

Образовательные и информационные кампании

Образовательные кампании и кампании по повышению осведомленности общества о жестоком обращении с пожилыми жизненно важны в индуст-

риальных странах. Образование означает не только получение новой информации, но и изменение взглядов и поведения людей и является, таким образом, фундаментальной превентивной стратегией. Оно может быть осуществлено целым рядом способов, например, при помощи проведения тренингов, семинаров, длительных образовательных программ, научных встреч и конференций, создания рабочих групп. Их целевой аудиторией должны быть не только практические специалисты по различным дисциплинам — от медицины, психиатрии и ухода до социальной работы, уголовного права и религии — но также исследователи, воспитатели, политики и руководители. Типичный план, подходящий для большинства специалистов, включает знакомство с темой жестокого обращения с престарелыми, рассмотрение признаков и симптомов жестокого обращения и изучение особенностей местных организаций, которые могут предоставить помощь пожилым. Более специализированные тренинги концентрируются на развитии навыков интервьюирования, оценке случаев

жестокое обращение и планировании программ по уходу. Даже наиболее квалифицированным специалистам в этой области необходимо изучать этические и юридические вопросы. Частью расписания продвинутых тренингов по вопросам жестокого обращения с престарелыми стало обучение работе с другими профессионалами в междисциплинарных бригадах.

Повышение осведомленности общества так же важно для предупреждения жестокого обращения с пожилыми, как и образовательные программы. Как и в случае жестокого обращения с детьми и насилия со стороны интимного партнера цель заключается в информировании широкой общественности о различных видах плохого обращения, о том, как определить их признаки и где получить помощь. Целевой аудиторией являются те, кто часто контактирует с пожилыми. Помимо членов семьи и друзей это почтовые работники, банковские кассиры, контролеры расходования электричества и газа. Образовательные программы, направленные на самих пожилых, обычно более эффективны, если информация о жестоком обращении вплетается в более широкие темы, такие как проблемы старения или здоровье. Образовательный эффект могут иметь также организации для пре-

старелых, общинные центры, программы по дневному уходу, школы (см. вставку 5.3), самопомощь и группы поддержки.

Средства массовой информации — мощный инструмент для повышения общественной осведомленности. Создание более позитивного образа пожилого человека в средствах массовой информации может способствовать изменению отношения к пожилым и устранению стереотипных взглядов. Участники фокусных групп в ЮАР подчеркнули важность средств массовой информации в повышении общественной осведомленности (15) при условии, что эти усилия поддерживались бы также на уровне общин и правительства. В развивающихся странах с ограниченными ресурсами местные ассоциации могут давать базовую информацию о проблеме одновременно с охраной здоровья.

Однако к настоящему моменту лишь немногие программы были оценены, и поэтому невозможно сказать, какие из них более успешны. Попыткам оценить эффективность проектов препятствовало отсутствие общих определений, разные теоретические объяснения проблемы, низкий уровень заинтересованности со стороны научной общности и недостаток финансирования.

ВСТАВКА 5.3

Предупреждение жестокого обращения с престарелыми в учебных планах канадских школ

Неправительственная организация «Health Canada» разработала для детей и юношества образовательный проект о жестоком обращении с пожилыми, состоящий из двух частей. Проект направлен на то, чтобы приучить детей к внимательности к старым людям и создать позитивные отношения между поколениями. Есть надежда, что благодаря проекту дети и молодежь будут больше уважать стариков и не будут обращаться с ними плохо.

Первая часть проекта — интерактивная; она предназначена для детей от 3 до 7 лет и включает сказки и игры. Не обращаясь к теме жестокого обращения с престарелыми прямо, она создает положительный образ старости. Эта часть проекта подходит также для детей более старшего возраста с ограниченными знаниями английского языка.

В центре второй части проекта, разработанной после многочисленных консультаций с целым рядом специалистов — включая учителей, воспитателей, религиозных деятелей, работников здравоохранения и тех, кто работает с пожилыми людьми — обычный школьный план. Этот план, подходящий главным образом подросткам, направлен на изменение глубоко укоренившегося в обществе отрицательного отношения к старым людям и старению и призван снизить уровень жестокого обращения с ними.

В школах Онтарио в учебный план включили тему разрешения конфликтов, и учителя обнаружили, что дискуссия о жестоком обращении с престарелыми может быть легко введена в эту тему.

Обзор литературы, посвященной борьбе с жестоким обращением с престарелыми, показывает, что между 1989 и 1998 г. по-английски было опубликовано 117 исследований (G. Bolen, J. Ploeg & V. Hutchinson, неопубликованные данные, 1999). Однако ни одно из них не использовало контрольные группы и не отвечало стандартным критериям. Основываясь на этом, авторы обзора заявили, что нет достаточных данных в пользу того или иного способа решения проблемы. Шесть из рассмотренных исследований были отобраны как более всего отвечающие необходимым критериям, но и они имели серьезные методологические недостатки. В этих шести исследованиях процент случаев, успешно разрешенных после вмешательства, варьировал от 22 до 75.

Рекомендации

Хотя сегодня мы лучше, чем 25 лет назад, понимаем проблему жестокого обращения членов семьи и других попечителей с пожилыми людьми, для политики, планирования и создания программ необходима более надежная база знаний. Многие аспекты проблемы до сих пор остаются неизвестны, включая ее причины, следствия и даже степень распространенности. Исследование эффективности мер не дало почти никаких полезных и надежных результатов.

Возможно, самая незаметная форма жестокого обращения с престарелыми — это негативное отношение к старым людям, стереотипные взгляды на них и на сам процесс старения, что сопровождается, с другой стороны, постоянным прославлением юности. Пока общество недооценивает старых людей и отталкивает их на обочину жизни, они будут страдать от потери самоидентификации и оставаться очень чувствительными к дискриминации и ко всем формам жестокого обращения.

Среди главных мер, способствующих искоренению проблемы жестокого обращения с престарелыми, следующие:

- большая информированность о проблеме;
- более жесткие законы и политика;
- более эффективные меры по предупреждению.

Большая информированность

Большая информированность общества о жестоком обращении с пожилыми является первоочередной задачей во всем мире. В 1990 г. Совет Ев-

ропы созвал широкомасштабную конференцию на эту тему, рассмотревшую определения, статистику, законы и политику в этой области, предупреждение насилия и работу с имеющимися случаями, а также источники информации о жестоком обращении (67). Должна быть создана рабочая группа в мировом масштабе по вопросу жестокого обращения с пожилыми, которая занималась бы этой проблемой. Такой орган, помимо всего прочего, мог бы стандартизировать статистику в мировом масштабе и разработать типовую форму для сообщения данных. Должны быть также изучены и лучше объяснены различные культурные особенности, влияющие на жестокое обращение с престарелыми.

Необходимы научные исследования, показывающие способы эффективного вмешательства. Нужно исследовать, смогут ли старые люди играть большую роль в планировании и осуществлении превентивных программ, как это было сделано в Канаде. Особенно уместно это в развивающихся странах, где привлечение старых людей к планированию и осуществлению программ поможет им повысить осведомленность о своих правах, решить проблемы, связанные с социальной изоляцией, и получить больше возможностей (3).

Необходимы более жесткие стандарты в научных исследованиях по жестокому обращению с пожилыми. В прошлом слишком много исследований использовали небольшую выборку и слабую методологию, что иногда давало противоречивые результаты. Некоторые исследования показали, что психическое состояние виновника плохого обращения и его злоупотребление наркотиками и другими веществами являются факторами риска, но не было исследовано, почему в одних случаях эти факторы способствуют жестокому обращению или отсутствию ухода, а в других — нет. Необходимо также дальнейшая работа, чтобы понять, действительно ли когнитивные и физические нарушения у старых людей являются факторами риска жестокого обращения с ними, потому что на этот счет имеются противоречивые мнения.

Причины жестокого обращения

Требуется больше научных исследований роли стресса у попечителей, который раньше считался основной причиной жестокого обращения с пожилыми. В связи с увеличением распространенности болезни Альцгеймера во всем мире и ростом

плохого обращения с людьми, страдающими от этой болезни, в их семьях следует уделить больше внимания отношениям попечителя и опекаемого. Хотя очевидно, что социальная изоляция или отсутствие поддержки способствуют жестокому обращению или отсутствию ухода, те, кто страдает от такого обращения, часто не желают участвовать в социальных программах, например посещать центры для престарелых или центры по дневному уходу. Исследование ситуации таких пожилых людей и причин их поведения могло бы помочь найти для них лучшее решение.

В качестве возможной причины насилия над пожилыми должна быть исследована дискриминация по возрасту, хотя некоторые специалисты предполагают, что способствующим фактором здесь является маргинализация престарелых. Возможно, для понимания этого явления будут полезны межкультурные исследования.

Ясно, что существуют определенные социальные и культурные факторы в некоторых развивающихся странах, которые прямо связаны с жестоким обращением, такие как вера в колдовство и изгнание из семьи вдов. Другие обычаи, которые часто приводят как важные причинные факторы, нуждаются в научной проверке.

Такие культурные и социоэкономические факторы, как бедность, модернизация страны и система наследования, могут быть косвенными причинами жестокого обращения. Применение экологической модели для объяснения жестокого обращения с престарелыми пока еще является новшеством, и требуется больше исследований факторов, действующих на разных уровнях модели.

Следствия жестокого обращения

Вероятно, меньше всего в научных исследованиях рассматривалось влияние жестокого обращения на старого человека. Поэтому обязательно должны проводиться исследования методом продольного анализа, изучающие людей в течение длительного периода времени. В частности, лишь немногие исследования обратили внимание на психологические последствия жестокого обращения. За исключением депрессии, мало известно об эмоциональных травмах, полученных жертвами.

Оценка мер по вмешательству

Разработано множество способов вмешательства в жестокое обращение с пожилыми: обязательное

сообщение о предположительных случаях, службы предотвращения, убежища, группы поддержки и самопомощи и консультационные бригады. Однако очень немногие из них были оценены с точки зрения эффективности, с применением экспериментальных и квази-экспериментальных проверок. Поэтому срочно требуется провести их стандартную оценку. К сожалению, тема жестокого обращения с престарелыми еще не привлекла внимания крупных исследователей, чья экспертиза очень нужна. Большие инвестиции в исследование жестокого обращения с престарелыми определенно принесут пользу.

Более строгие законы

Основные права

Старым людям во всем мире должны быть гарантированы права человека. Для этого:

- должны быть расширены действующие законы о домашнем и внутрисемейном насилии, чтобы включить в них старых людей как группу;
- уголовные и гражданские законы должны охватывать жестокое обращение с пожилыми, отсутствие ухода за ними и их эксплуатацию;
- правительства должны принять новые законы специально для защиты престарелых.

Обычаи жестокого обращения

Многие существующие традиции оскорбительны для пожилых женщин, включая веру в колдовство и обычаи оставлять вдов. Чтобы искоренить их, потребуется высокая степень сотрудничества многих групп, вероятно, в течение долгого времени. Чтобы помочь этому процессу:

- нужно сформировать на местном, провинциальном и национальном уровнях группы защиты, состоящие как из пожилых, так и из молодых людей, которые будут проводить кампании по изменению положения;
- правительственные программы по здоровью и социальному обеспечению должны стараться смягчить отрицательное влияние, которое оказывают на пожилых процессы модернизации и изменения в семейной структуре;
- в странах, где не существует пенсионной системы, правительства должны ее ввести.

Более эффективные меры по предотвращению

Самым базовым действием должно стать придание большей важности первичному предупреждению насилия. Это значит, что нужно создать общество, в котором пожилые люди смогут достойно проживать остаток своей жизни, обеспеченные всем необходимым для жизни и возможностями для самостоятельного существования. Для обществ, которые подавлены бедностью, это огромная проблема.

Предотвращение насилия начинается с осведомленности. Важные способы повысить осведомленность — как общества, так и специалистов — это обучение и тренинги. Работники социальных и медицинских служб на всех уровнях (в общине и в учреждениях) должны пройти базовые тренинги по выявлению жестокого обращения с пожилыми. Средства массовой информации — второй мощный инструмент по увеличению осведомленности общества и властей об этой проблеме и о путях ее возможного решения.

Среди программ, в которых участвуют сами престарелые, следующие:

- набор и обучение пожилых людей, которые будут посещать других пожилых, изолированных от общества, или станут их компаньонами;
- создание групп поддержки пожилых людей — жертв жестокого обращения;
- создание программ в общинах по стимулированию социального взаимодействия пожилых;
- создание социальных сетей из престарелых людей, проживающих в деревнях или в городах — в домах по соседству или в одном доме;
- участие престарелых в создании программ «самопомощи», чтобы повысить их эффективность.

Чтобы предупреждать жестокое обращение с престарелыми, можно помогать его виновникам, особенно взрослым детям, решать их собственные проблемы. Это трудная задача. Здесь могут быть полезны следующие меры:

- предложить помощь по решению проблем с психическим здоровьем и злоупотреблением веществами;
- помочь с работой и образованием;
- найти пути разрешения конфликта, особенно там, где традиционная роль пре-

старелых в разрешении конфликтов подорвана.

Многое можно сделать для предупреждения жестокого обращения с пожилыми в учреждениях. Меры, которые могут быть полезны, включают:

- разработку и внедрение всеобъемлющих планов по уходу;
- тренинг для персонала;
- меры по снижению стресса среди персонала;
- разработку программ по улучшению физического и социального окружения учреждения.

Заключение

Проблема жестокого обращения с пожилыми не может быть надлежащим образом разрешена, если не удовлетворяются насущные потребности пожилых — в еде, крове, безопасности и доступе к лечению. Народы мира должны создать среду, в которой старение воспринимается как естественная часть жизненного цикла человека, где не поощряются «антистариковские» настроения, где престарелые имеют право на достойную жизнь, свободную от жестокого обращения и эксплуатации, и где у них есть возможность принимать полное участие в образовательной, культурной, духовной и экономической жизни общества (3).

Библиография

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20-24.
2. Burston GR. «Granny battering». *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. London, HelpAge International, 1999.
4. Hudson ME. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1-20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:17-37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3-22.
7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May-June).
8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. В книге: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: interna-*

- tional and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183-198.
9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386-395.
 10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. В книге: Tatara T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphia, PA, Francis & Taylor, 1999:119-139.
 11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73-87.
 12. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
 13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, HelpAge International, 1999.
 14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
 15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpatbekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
 16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51-57.
 17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5-58.
 18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1-18.
 19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998-999.
 20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885-888.
 21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
 22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, DC, United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
 23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5-30.
 24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
 25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79-103.
 26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
 27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. В книге: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31-46.
 28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. В книге: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7-30.
 29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York, NY, Columbia University Press, 1989.
 30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359-1362.
 31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45-54.
 32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. В книге: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239-264.
 33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493-497.
 34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276-283.
 35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. London, Sage, 1996.
 36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
 37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
 38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471-480.
 39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206-211.
 40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.

41. Pillemer KA, Suito J. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165-S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. В книге: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197-217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247-255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east? В книге: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65-80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships *Advanced Nursing*, 1983, 8:379-382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65-74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. В книге: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185-206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. В книге: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Ageing and post-traumatic stress disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1996:126-135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:428-432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies*, 1991-1997. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. В книге: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13-28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651-663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. London, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298-306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. New York, United Nations Development Programme, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171-182.
59. *Hearing the despair: the reality of elder abuse*. London, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105-112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75-95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79-83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437-443.
64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. В книге: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533-542.
65. *Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention*. New York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited В книге: Cepek LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155-170.
67. *Violence against elderly people*. Strasbourg, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.

ГЛАВА 6

Сексуальное насилие

Предварительные сведения

Сексуальное насилие существует во всем мире. Хотя в большинстве стран проводилось мало научных исследований по этой проблеме, имеются данные о том, что в некоторых странах каждая четвертая женщина подвергается сексуальному насилию со стороны интимного партнера (1–3), а до 1/3 девушек-подростков сообщают, что их первый сексуальный опыт был насильственным (4–6).

Сексуальное насилие оказывает большое влияние на физическое и психическое здоровье. Кроме того, что оно причиняет физическую травму, оно повышает риск получить ряд сексуальных и репродуктивных проблем, причем последствия для здоровья могут возникать как непосредственно после совершения акта, так и много лет спустя (4, 7–16). Его психическое влияние может быть таким же серьезным, как и физическое и оно тоже может длиться долго (7–24). Сексуальное насилие может приводить к смерти в результате суицида, ВИЧ-инфекции (25) или убийства — жертва может быть убита во время сексуального нападения или после него «ради спасения чести» (26). Сексуальное насилие может также сильно влиять на социальное благополучие жертв; семья и другие люди могут клеймить их позором и подвергнуть остракизму (27, 28).

Насильственный секс может иметь целью получение сексуального удовлетворения, хотя часто его истинной целью является демонстрация силы и господства над жертвой. Часто мужчины, принуждающие жену к сексуальному акту, полагают, что их действия законны, так как они женаты на этой женщине.

Изнасилование женщин и мужчин часто применяется как «оружие» во время войны, в качестве символического действия, когда женщин врага покоряют и унижают, а бойцов-мужчин захватывают в плен (29). Оно может также использоваться для наказания женщин за нарушение ими социальных и моральных норм, например тех, что запрещают супружескую измену или пьянство на виду у всех. Мужчины и женщины могут быть также изнасилованы в полицейском участке или в тюрьме.

Хотя сексуальное насилие может быть направлено не только против женщин, но и против мужчин, главное внимание в этой главе будет уделено различным формам сексуального насилия над женщинами, а также над молодыми девушками со стороны других людей помимо их родителей или воспитателей.

Определение сексуального насилия

Сексуальное насилие определяют как:

любой сексуальный акт или попытку его совершить; нежелательные сексуальные замечания или заигрывания; любые действия против сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но не ограничиваясь ими.

Принуждение может быть очень разным по степени применения силы. Помимо физической силы преступник может использовать психологическое запугивание, шантаж, может угрожать, например, физической расправой, увольнением с работы или отказом дать работу, которую хотят получить. Насилие может также происходить, когда человек, принуждаемый к сексу, не может дать на это своего согласия, например если он пьян, находится под действием наркотика, заснул или психически не способен оценить ситуацию.

К сексуальному насилию относится собственное *изнасилование*, определяемое как насильственное (с использованием любого вида принуждения) проникновение — даже небольшое — внутрь вульвы или ануса, с использованием пениса, других частей тела или предмета. Попытка совершить такое действие называется *попыткой изнасилования*. Изнасилование человека двумя или более преступниками называется *групповым изнасилованием*.

Сексуальное насилие может иметь и другие формы с использованием полового органа, в том числе принуждение к контакту между ртом и пенисом, вульвой или анусом.

Формы и контекст сексуального насилия

Сексуальное насилие может происходить в разных местах и при разных обстоятельствах, например:

- изнасилование в браке или во внебрачных отношениях;
- изнасилование незнакомыми людьми;
- систематические изнасилования во время вооруженных конфликтов;
- нежелательные сексуальные заигрывания или домогательства, включая требование секса в обмен на какие-то блага;
- сексуальное насилие над психически или физически больными людьми;
- сексуальное насилие над детьми;

- навязанный брак или сожительство, в том числе принуждение к браку детей;
- запрет применять контрацептивы или другие меры для защиты от болезней, передаваемых половым путем;
- принуждение к аборту;
- насильственные акты против сексуальной целостности женщин, включая увечье половых органов или обязательную проверку девственности;
- принуждение к проституции и торговля людьми с целью сексуальной эксплуатации.

Не существует общепринятого определения торговли с целью сексуальной эксплуатации. Обычно под этим понимают организованное перемещение людей, обычно женщин, между странами и внутри стран для сексуальной работы. Такая торговля также включает принуждение переселенцев к сексуальному акту как условие для разрешения переселения или его организации.

Сексуальная торговля использует физическое принуждение, обман и зависимость человека из-за вынужденных долгов. Проданным женщинам и детям, например, часто обещают работу на дому или в сфере услуг, но вместо этого отправляют в бордели, где конфискуют их паспорта или другие документы. Их могут избить или запереть и пообещать свободу только после того, как они возместят — посредством проституции — деньги, за которые их купили, а также затраты на проезд и визу (30–33).

Масштабы проблемы Источники данных

Данные о сексуальном насилии обычно поступают из полиции, больниц, неправительственных организаций и обзорных научных исследований. Глобальные масштабы сексуального насилия можно представить в виде айсберга (34) (см. рис. 6.1). Случаи, о которых сообщили полиции, составляют лишь крошечную верхушку этого айсберга. Его середину можно выявить посредством исследований и работы неправительственных организаций. Но существенная часть айсберга так и остается «под водой».

Вообще сексуальное насилие всегда было областью, которой пренебрегали исследователи. Имеющиеся в наличии данные скудны и фрагментарны. Данные полиции, например, часто неполны и ограничены. Многие женщины не сообщают о сексуальном насилии в полицию, так как им стыдно или они боятся, что их обвинят, не поверят или будут плохо обращаться. Медико-юридические клиники в основном работают с более жестокими случаями сексуального насилия, поэтому их данные могут искажать общую картину. Доля женщин, которые обращаются за медицинской помощью в связи с непосредственными проблемами, относящимися к сексуальному насилию, также относительно невелика.

Хотя в прошлом десятилетии научные исследования, изучавшие эту проблему, добились важных результатов, они пользовались очень разными определениями насилия. Не все культуры также готовы одинаково раскрывать сексуальное насилие пе-

РИСУНОК 6.1

Масштабы проблемы сексуального насилия



ТАБЛИЦА 6.1

Количество женщин (в %) от 16 лет и старше, сообщивших, что они подверглись сексуальному насилию за предшествующие пять лет; избранные города, 1992–1997 г.

Страна	Исследованное население	Год	Размер выборки	Количество женщин, подвергшихся сексуальному насилию за последние 5 лет (%)
Африка				
Ботсвана	Габороне	1997	644	0,8
Египет	Каир	1992	1000	3,1
ЮАР	Йоханнесбург	1996	1006	2,3
Тунис	Большой Тунис	1993	1087	1,9
Уганда	Кампала	1996	1197	4,5
Зимбабве	Хараре	1996	1006	2,2
Латинская Америка				
Аргентина	Буэнос-Айрес	1996	1000	5,8
Боливия	Ла-Пас	1996	999	1,4
Бразилия	Рио-де-Жанейро	1996	1000	8,0
Колумбия	Богота	1997	1000	5,0
Коста-Рика	Сан-Хосе	1996	1000	4,3
Парагвай	Асунсьон	1996	587	2,7
Азия				
Китай	Пекин	1994	2000	1,6
Индия	Бомбей	1996	1200	1,9
Индонезия	Джакарта и Сурабая	1996	1400	2,7
Филиппины	Манила	1996	1500	0,3
Восточная Европа				
Албания	Тирана	1996	1200	6,0
Венгрия	Будапешт	1996	756	2,0
Литва	Шяуляй, Каунас, Клайпеда, Паневежис, Вильнюс	1997	1000	4,8
Монголия	Улан-Батор, Зунмод	1996	1201	3,1

ред исследователями. Поэтому при проведении глобальных сравнений распространенности сексуального насилия требуется осторожность.

Оценка распространенности сексуального насилия

Во многих городах и странах были проведены опросы жертв преступлений по общей методологии, чтобы облегчить возможность сравнения их результатов. Обычно они включали вопросы по сексуальному насилию. Таблица 6.1 суммирует данные некоторых из этих опросов о распространенности сексуального насилия за предшествующие пять лет (35, 36). Согласно этим исследованиям доля женщин, сообщивших, что они были жертвами сексуального нападения, варьировала от менее чем 2% в таких местах как Ла-Пас (Боливия) (1,4%), Габороне (Ботсвана) (0,8%), Пекин (Китай) (1,6%) и Манила (Филиппины) (0,3%) до 5% и более в Тиране (Албания) (6,0%), Буэнос-Айресе (Аргентина) (5,8%), Рио-де-Жанейро (Бразилия) (8,0%) и Боготе (Колумбия)

(5,0%). Важно отметить, что в этих исследованиях не делалось различия между изнасилованием незнакомыми людьми и интимными партнерами. Обследования, которые не делают такого различия или учитывают изнасилование только незнакомыми людьми, обычно недооценивают распространенность сексуального насилия (34).

Помимо обзоров преступлений было проведено небольшое число исследований с репрезентативными выборками, когда женщин опрашивали о сексуальном насилии. Например, в национальном обзоре, проведенном в США, 14,8% женщин в возрасте старше 17 лет сообщили, что они были изнасилованы хотя бы раз в течение жизни (при этом еще 2,8% пытались изнасиловать), а 0,3% выборки были изнасилованы в предыдущем году (37). Обследование провинций ЮАР обнаружило, что за предыдущий год 1,3% женщин были принуждены — физически или посредством вербальных угроз — к сексу без их согласия

(34). В обследовании репрезентативной выборки всего населения старше 15 лет в Чешской Республике (38) 11,6% женщин сообщили о принуждении к сексуальному контакту хотя бы раз в течение жизни, а 3,4% сообщили, что сексуальное принуждение имело место более одного раза. Самой обычной формой насилия было навязывание вагинального полового сношения.

Сексуальное насилие со стороны интимного партнера

Во многих странах существенная доля женщин, испытывавших физическое насилие, подвергалась также сексуальному жестокому обращению. В Мексике и США исследования показывают, что 40–52% женщин, испытывавших физическое насилие со стороны интимного партнера, подверглись при этом также и сексуальному насилию (39, 40). Иногда сексуальное насилие имеет место без физического (1). В индийском штате Уттар-Прадеш в репрезентативной выборке, которая охватывала свыше

ТАБЛИЦА 6.2

Количество взрослых женщин (в %) сообщивших, что они подверглись сексуальному насилию; избранные национальные исследования, 1989–2000 г.

Страна	Исследованное население	Год	Размер выборки	Доля женщин подвергшихся насилию за последние 12 месяцев	Доля женщин когда-либо подвергавшихся насилию		
					Сексуальное принуждение или его попытка (%)	Сексуальное принуждение или его попытка (%)	Сексуальное принуждение (%)
Бразилия ^a	Сан-Паулу	2000	941 ^a	2,8	10,1		
	Пернамбуко	2000	1 188 ^a	5,6	14,3		
Канада	По всей стране	1993	12 300		8,0		
	Торонто	1991–1992	420		15,3 ^b		
Чили	Сантьяго	1997	310	9,1			
Финляндия	По всей стране	1997–1998	7 051	2,5	5,9		
Япония ^a	Йокогама	2000	1 287 ^a	1,3	6,2		
Индонезия	Центральная Ява	1999–2000	7 65	13,0		22,0	
Мексика	Дуранго	1996	384		42,0		
	Гвадалахара	1996	650	15,0	23,0		
Никарагуа	Леон	1993	360		21,7		
	Манагуа	1997	378	17,7			
Перу ^a	Лима	2000	1 086 ^a	7,1	22,5		
	Куско	2000	1 534 ^a	22,9	46,7		
Пуэрто-Рико	По всей стране	1993–1996	7 079			5,7b	
Швеция	Тег, Умео	1991	251		7,5 ^b		
Швейцария	По всей стране	1994–1995	1 500		11,6		
Таиланд ^a	Бангкок	2000	1 051 ^a	17,1	29,9		
	Накорнсаван	2000	1 027 ^a	15,6	28,9		
Турция	Восточная и Юго-Восточная Анатолия	1998	599			51,9 ^b	
Великобритания	Англия, Шотландия и Уэльс	1989	1 007			14,2 ^d	
	Северный Лондон (Англия)	1993	430	6,0 ^b	23,0 ^b		
США	По всей стране	1995–1996	8 000	0,2 ^b	7,7b		
Западный берег реки Иордан и сектор Газа	Палестинцы	1995	2 410	27,0			
Зимбабве	Провинция Мидлендс	1996	966		25,0		

Источник: работы 1–3, 37, 42–52.

^a Предварительные результаты исследования ВОЗ «WHO multi-country study on women's health and domestic violence» (World Health Organization, 2000, неопубликовано). В качестве показателя распространенности насилия использовалось количество сообщений о насилии, а не размер общей выборки исследования.

^b В выборку были включены также женщины, которые никогда ни с кем не имели партнерских отношений и поэтому не имели риска подвергнуться насилию со стороны интимного партнера.

^c В качестве виновников насилия учитывались мужья, «бойфренды» и знакомые.

^d Взвешенная оценка; не взвешенный уровень распространенности насилия равен 13,9%.

6000 мужчин, 7% сообщили, что сексуально и физически жестоко обращались со своими женами, 22% — что применяли сексуальное насилие без физического, а 17% — что применяли только физическое насилие (41).

Таблица 6.2 суммирует некоторые из имеющихся данных о распространенности сексуального насилия со стороны интимного партнера (1–3, 37, 42–53). Эти данные показывают, что сексуальное насилие со стороны интимного партнера не

редкость и не единичное явление во всех регионах мира. Например, 23% женщин в Северном Лондоне (Англия) сообщили, что стали жертвой изнасилования или его попытки со стороны партнера хотя бы раз в течение всей жизни. Сходные цифры были получены в Гвадалахаре (Мексика) (23,0%), Леоне (Никарагуа) (21,7%), Лиме (Перу) (22,5%) и в провинции Мидлендс (Зимбабве) (25,0%). Данные о количестве женщин, подвергшихся сексуальному насилию со стороны интимного партнера в те-

чение жизни (включая попытку насилия), также были получены в нескольких исследованиях на уровне страны. Эти данные таковы: Канада — 8%, Англия, Уэльс и Шотландия (вместе) — 14,2%, Финляндия — 5,9%, Швейцария — 11,6% и США — 7,7%.

Принудительное начало сексуальных отношений

Все большее число исследований, в частности в Африке к югу от Сахары, показывает, что первый сексуальный опыт девушки часто получают без своего согласия и по принуждению. Например, в Кейптауне (ЮАР) было проведено обследование 191 девушки-подростка (средний возраст 16,3 лет), которые посещали дородовую клинику, и 353 небеременных девушек-подростков того же возраста, проживающих по соседству или учащихся в соседних школах. Было выяснено, что при первом сексуальном опыте насилие применялось по отношению к 31,9% девушек из первой группы и к 18,1% — из контрольной группы. Когда им был задан вопрос о том, что было бы в случае отказа в сексе, 77,9% девушек из первой группы и 72,1% из контрольной группы сказали, что они боялись, что их изобьют, если они откажутся вступить в половой контакт (4).

О принудительном начале сексуальной жизни и принуждении в подростковом возрасте сообщалось во многих исследованиях молодых женщин и мужчин (см. табл. 6.3 и вставку 6.1). Там, где исследова-

ния включали в выборку как мужчин, так и женщин, об изнасиловании или сексуальном принуждении женщины сообщали чаще, чем мужчины (5, 6, 54–60). Например, приблизительно половина сексуально активных подростков женского пола в исследовании нескольких стран в Карибском регионе сообщили, что их первый сексуальный акт был насильственным по сравнению с 1/3 подростков мужского пола (60). В Лиме (Перу) доля молодых женщин, сообщавших о принудительном начале сексуальной жизни, была почти в четыре раза больше доли молодых мужчин (40% против 11%) (56).

Групповое изнасилование

Изнасилование, в котором участвуют двое или более виновников, по сообщениям, имеет место во многих частях света. Систематизированная информация о масштабе проблемы скудна. В Йоханнесбурге (ЮАР) обследование женщин, посещающих медико-юридические клиники вследствие изнасилования, показало, что 1/3 изнасилований были групповыми (61). Национальные данные по изнасилованию и сексуальным нападениям в США показывают, что 1 из 10 сексуальных нападений является групповым. Большинство этих нападений совершается людьми, незнакомыми с жертвами (62). Однако эта модель отличается от южно африканской, где в групповых изнасилованиях часто участвуют и «бойфренды».

ТАБЛИЦА 6.3

Доля подростков, сообщающих о принудительном начале сексуальных отношений; избранные обследования населения стран мира в 1998–1999 г.

Страна или территория	Обследованное население	Год	Выборка		Доля сообщивших о том, что их первый половой акт был принудительным (%)	
			Размер	Возрастная группа (годы)	Девушки	Юноши
Камерун	Баменда	1995	646	12–25	37,3	29,9
Карибский регион	9 стран ^а	1997–1998	15 695	10–18	47,6 ^с	31,9 ^с
Гана	3 города	1996	750	12–24	21,0	5,0
Мозамбик	Мапуто	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Новая Зеландия	Данедин	1993–1994	935	Когорта рождаемости ^б	7,0	0,2
Перу	Лима	1995	611	16–17	40,0	11,0
ЮАР	Транскейские территории	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4
Объединенная Республика Танзания	Мванза	1996	892	12–19	29,1	6,9
США	По всей стране	1995	2 042	15–24	9,1	—

Источник: работы 5, 6, 54–60.

^а Общее число подростков в исследовании. Показатели основываются на тех, кто имел половые отношения.

^б Антигуа, Багамские острова, Барбадос, Британские Виргинские острова, Доминика, Гренада, Гайана, Ямайка и Санта Лючия.

^с Доля подростков, давших ответ, что их первый половой акт был принудительным или отчасти принудительным.

^д Продолжное изучение когорты, родившихся в 1972–1973 г. Субъектов опрашивали в возрасте 18 лет и повторно в 21 год об их настоящем и предыдущем сексуальном опыте.

Торговля людьми с целью сексуальной эксплуатации

Каждый год сотни тысяч женщин и девушек повсюду в мире покупаются и продаются для проституции или сексуального рабства (30–32, 63, 64). Исследование в Киргизстане установило, что около 4 000 человек были проданы в другие страны в 1999 г., при этом главными местами назначения были Китай, Германия, Казахстан, Российская Федерация, Турция и Объединенные Арабские Эмираты. 62% из тех, кого продали, сообщили о том, что их заставили работать без оплаты, а свыше 50% — что их наниматели с ними физически жестоко обращались или пытали (31). Сообщение Всемирной организации против пыток (Organisation Mondiale contre la Torture — ОМСТ) показало, что более 200 000 женщин из Бангладеш были проданы в период между 1990 и 1997 г. (65). Около 5–7 тыс. женщин и девушек из Непала каждый год незаконно продаются в Индию. Также сообщается о продаже тайландских женщин в Японию (32). Торговля женщинами имеет место и внутри некоторых стран, часто речь идет о продаже из сельских местностей в города (70).

Северная Америка также является важным пунктом назначения международной торговли людьми. Исследование, предпринятое ЦРУ, показало, что в США ежегодно продаются 45–50 тыс. женщин и детей (63). Свыше 150 таких случаев рассматривались в суде в период между 1996 и 1999 г. министерством юстиции США (63). Эта проблема существует и в Европе. Исследование, проведенное Международной организацией по миграции, установило, что 10–15% из 2 000 иностранных проституток в Бельгии были насильно привезены из-за границы и проданы здесь (30). В Италии исследование около 19–25 тыс. иностранных проституток установило, что они были куплены и проданы (66). Большинству из этих женщин было меньше 25 лет, многим от 15 до 18 (30, 66). Они происходят, главным образом, из Центральной и Восточной Европы, в частности из Албании, а также из Колумбии, Нигерии и Перу (66).

Сексуальное насилие над сексуальными работниками

В любом случае, были они проданы или нет, так называемые «секс-работники» подвергаются риску как физического, так и сексуального насилия, особенно в случае, если их сексуальная работа неза-

конна (67). Обследование женщин, работающих в сфере сексуальных услуг в Лидсе (Англия), Глазго и Эдинбурге (Шотландия), выявило, что 30% из них подвергались шлепкам, ударам кулаком или пинкам со стороны клиента во время работы, 13% были избиты, 11% — изнасилованы, а 22% испытали покушение на изнасилование (68). Только 34% из тех, кто пострадал от насилия со стороны клиента, сообщили об этом в полицию. Обследование сексуальных работников в Бангладеш обнаружило, что 49% женщин были изнасилованы, а 59% избиты полицией в течение предыдущего года; мужчины сообщили о гораздо меньшем уровне насилия (69). В Эфиопии исследование сексуальных работников также выявило высокий уровень физического и сексуального насилия со стороны клиентов, особенно по отношению к работникам-детям (70).

Сексуальное насилие в школах, учреждениях здравоохранения, во время вооруженных конфликтов и в лагерях беженцев

Школы

Для многих девушек самым типичным местом, где они испытывают сексуальные домогательства и принуждение, является школа. В экстремальном случае насилия, произошедшем в закрытом учебном заведении в Меру (Кения) в 1991 г., 71 девушка была изнасилована одноклассниками, а 19 других были убиты (71). Хотя многие из исследований в этой области были проведены в Африке, неясно, действительно ли эта проблема особенно широко распространена в Африке или просто здесь она больше на виду, чем в других частях света.

Приставания мальчиков к девочкам, по всей видимости, имеют место во всем мире. В Канаде, например, 23% девочек испытывали сексуальные домогательства при посещении школы (72). Проведенное в Африке исследование выявило, что учителя содействуют или сами участвуют в сексуальном принуждении. По сообщению «Africa Rights» (25) есть случаи, когда школьные учителя требуют сексуального контакта в обмен на хорошие оценки или на то, чтобы не «завалить» учеников. Это зафиксировано в Демократической республике Конго, Гане, Нигерии, Сомали, ЮАР, Судане, Замбии и Зимбабве. Последний национальный опрос в ЮАР, в котором задавался в том числе и вопрос об опыте изнасилования до 15 лет, обнару-

ВСТАВКА 6.1**Сексуальное насилие против мужчин и мальчиков**

Сексуальное насилие против мужчин и мальчиков является большой проблемой. Этой темой, за исключением сексуального насилия в детстве, обычно пренебрегают научные исследования. Изнасилование и другие формы сексуального принуждения, направленные против мужчин и мальчиков, происходят в целом ряде мест, включая дом, работу, школы, улицы, военные учреждения, тюрьмы и полицейские участки. Имеет место сексуальное насилие и во время войн.

В тюрьмах заключенных принуждают к половому акту их сокамерники для установления иерархии и дисциплины. Во многих странах также сообщается о сексуальном насилии со стороны тюремных чиновников, полицейских и солдат. Такое насилие может принимать различную форму; иногда заключенных принуждают к сексу между собой для «развлечения» или заставляют оказывать сексуальные услуги офицерам или чиновникам. В других местах могут насилловать гомосексуалистов, чтобы «наказать» их за поведение, которое, как считается, нарушает социальные нормы.

Масштабы проблемы

Исследования, проведенные главным образом в развитых странах, показывают, что 5–10% мужчин сообщают о перенесенном в детстве сексуальном насилии. В нескольких национальных исследованиях, проведенных среди подростков в развивающихся странах, количество мужчин, сообщивших, что они когда-то были жертвой сексуального насилия, варьирует от 3,6% в Намибии и 13,4% в Объединенной Республике Танзания до 20% в Перу. Исследования как в индустриальных, так и в развивающихся странах обнаруживают также, что не является редкостью принуждение к первому половому акту. К сожалению, существует мало надежной статистики о количестве мальчиков и мужчин, изнасилованных в таких местах, как школы, тюрьмы и лагеря для беженцев.

Большинство экспертов полагает, что официальная статистика приуменьшает число мужчин-жертв изнасилования. Есть свидетельства, что мужчины реже, чем женщины, сообщают властям об изнасиловании. Существует целый ряд причин, почему мужчины сообщают об этом реже, среди них стыд, чувство вины, страх, что им не поверят или осудят за то, что произошло. Мифы и сильные предрассудки, окружающие мужскую сексуальность, также мешают мужчинам сделать заявление об изнасиловании.

Последствия сексуального насилия

Как и в случае с женщинами-жертвами сексуального насилия, исследования показывают, что жертвы-мужчины часто страдают от ряда психологических последствий как непосредственно после совершения акта насилия, так и много лет спустя. Среди этих последствий чувство вины, гнев, тревога, депрессия, посттравматический стресс, сексуальная дисфункция, соматические жалобы, нарушения сна, отказ от взаимоотношений и попытки суицида. Кроме того, обследования изнасилованных подростков обнаружили влияние перенесенного изнасилования на злоупотребление веществами, насильственное поведение, воровство и непосещение уроков в школе.

Предотвращение насилия и реагирование на него

Предотвращение насилия над мужчинами и реагирование на него должно базироваться на понимании проблемы, ее причин и обстоятельств, в которых происходит насилие. Во многих странах это явление неадекватно отражено в законодательстве. Кроме того, изнасилование мужчин часто не считается преступлением, равным изнасилованию женщин.

Многие моменты, связанные с поддержкой изнасилованных женщин — включая понимание процесса излечения, срочное принятие мер после акта насилия и эффективность служб поддержки — точно так же касаются и мужчин. Некоторые страны добились многого в реагировании на сексуальное насилие над мужчинами, устраивая горячие телефонные линии, советы, группы поддержки и оказывая другую помощь

ВСТАВКА 6.1 (продолжение)

жертвам-мужчинам. Однако во многих местах таких служб еще нет или они предоставляют очень ограниченную помощь. Поскольку они фокусируются в основном на работе с женщинами, консультантов, у которых есть опыт в обсуждении проблем с жертвами-мужчинами, мало или вообще нет.

Большинству стран нужно еще очень многое сделать, прежде чем вопрос о сексуальном насилии против мужчин и мальчиков будет надлежащим образом понят и его будут обсуждать, не отрицая его существования, и без стыда. Это необходимо для принятия более обширных мер в борьбе с этим злом и оказания жертвам лучшей поддержки.

жил, что школьные учителя ответственны за 32% из раскрытых изнасилований детей (34). В Зимбабве ретроспективное исследование случаев сексуального плохого обращения с детьми за 8-летний период (1990–1997 г.) обнаружило, что большую долю сексуального насилия составляет насилие, совершенное учителями в сельских начальных школах. Большинство жертв были девочки от 11 до 13 лет, и самым распространенным типом сексуального насилия было проникающее половое сношение.

Учреждения здравоохранения

Во многих странах мира зафиксированы случаи сексуального насилия над больными в медицинских учреждениях (74–79). Например, в США обследование случаев, когда врачи были наказаны за сексуальные преступления, обнаружило, что число таких случаев выросло с 42 в 1989 г. до 147 в 1996 г., при этом доля всех наказаний, которые были связаны с сексом, возросла с 2,1 до 4,4% за тот же период (76). Впрочем, этот рост может отражать большую готовность предъявлять жалобы.

Другие зафиксированные формы сексуального насилия над пациентами-женщинами включают участие медицинского персонала в практике клитордектомии в Египте (80), принуждение к гинекологическому осмотру и угрозу аборта в Китае (81), а также проверку девственности в Турции (82). Сексуальное насилие является частью более широкой проблемы насилия над пациентами-женщинами, совершаемого медицинскими работниками. Сообщения об этом поступают из многих стран, но до недавнего времени им уделяли мало внимания (83–87). Есть также сообщения о сексуальном насилии врачей-мужчин по отношению к медсестрам (88, 89).

Вооруженные конфликты и поселения беженцев

Изнасилование как военная стратегия использовалось во многих конфликтах, например в Корее во время Второй мировой войны, в Бангладеш во время войны за независимость, а также в вооруженных конфликтах в Алжире (90), Индии (Кашмир) (91), Индонезии (92), Либерии (29), Руанде и Уганде (93). В некоторых вооруженных конфликтах — например, в Руанде и в государствах бывшей Югославии — изнасилование использовалось как преднамеренная стратегия, чтобы разорвать связи, соединяющие общины, и таким образом победить врага, а также как орудие «этнических чисток». В Восточном Тиморе, как сообщают, индонезийские военные очень часто применяли сексуальное насилие над женщинами (94).

Исследование в Монровии (Либерия) обнаружило, что женщины до 25 лет чаще, чем женщины старшего возраста, сообщали о попытках изнасилования и о сексуальном принуждении во время конфликта (18% по сравнению с 4%) (29). При этом женщины, которых заставили готовить еду для военных, подвергались значительно большему риску.

Другое неизбежное следствие вооруженных конфликтов — экономическая и социальная разруха в обществе, которая может принудить большое число людей заняться проституцией (94). Это наблюдение также касается и ситуации беженцев, неважно, бежали ли они от вооруженного конфликта или от стихийных бедствий, таких как наводнения, землетрясения и ураганы.

Беженцы часто подвергаются риску изнасилования в их новом окружении. Например, согласно данным Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев среди людей, бежавших из

Вьетнама морским путем в конце 1970-х и в начале 1980-х годов, 39% женщин было похищено или изнасиловано пиратами в море — причем эта цифра скорее всего приуменьшена (27). Во многих лагерях для беженцев, например в Кении и в Объединенной республике Танзания, изнасилование также является большой проблемой (95, 96).

«Традиционные» формы сексуального насилия

Принуждение к браку детей

Брак часто используется для того, чтобы узаконить ряд форм сексуального насилия над женщинами. Обычай «детских» браков, особенно выдача замуж девочек, существует во многих частях света. Эта практика — во многих странах закреплённая законом — является формой сексуального насилия, поскольку дети не способны дать свое согласие или отказаться от брака. Большинство из них до вступления в брак очень мало или ничего не знают о сексе. Поэтому часто они боятся его (97), и к первому сексуальному опыту их принуждают (98).

Ранние браки наиболее распространены в Африке и Южной Азии, хотя они также имеют место в Средней Азии и кое-где в Латинской Америке и в Восточной Европе (99, 100). Например, в Эфиопии и в некоторых районах Западной Африки не является исключением брак в возрасте 7 или 8 лет. В Нигерии средний возраст вступления в первый брак 17 лет, но в штате Кебби в северной Нигерии этот возраст чуть больше 11 лет (100). Большая доля детских браков заключается также в Демократической республике Конго, Мали, Нигере и Уганде (99, 100).

В Южной Азии детские браки особенно широко распространены в сельской местности, но они существуют и в городах (100–102). В Непале средний возраст вступления в брак 19 лет. Однако 7% девушек выходят замуж до 10 лет и 40% с 10 до 15 лет (100). В Индии средний возраст женщин, вступающих в первый брак, 16,4 года. Опрос 5 000 женщин в индийском штате Раджастхана обнаружил, что 56% вышли замуж до 15 лет, а 17% из них — до 10 лет. Другой опрос, проведенный в штате Мадхья-Прадеш, показал, что 14% девушек вышли замуж в возрасте от 10 до 14 лет (100).

В других регионах мира, например в Латинской Америке, о раннем возрасте вступления в брак сообщают на Кубе, в Гватемале, Гондурасе, Мексике и Парагвае (99, 100). В Северной Америке и Западной Европе менее 5% браков заключаются с

девушками моложе 19 лет (например, 1% в Канаде, Швейцарии и Великобритании, 2% в Бельгии и Германии, 4% в Испании и в США) (103).

Другие обычаи, ведущие к насилию

Во многих местах существуют и другие обычаи, помимо детских браков, которые приводят к сексуальному насилию над женщинами. В Зимбабве, например, существует обычай «ngozì», когда девочку могут отдать в другую семью в качестве компенсации за смерть мужчины, виновником которой был член семьи девочки. Достигнув пубертатного возраста, она должна будет вступить в половое сношение с братом или отцом погибшего, чтобы родить сына, который его заменит. Другой обычай — «chimutsa marfiwa» (наследство жены), согласно которому сестра умершей замужней женщины обязана заменить ее в доме мужа.

Факторы риска сексуального насилия

Объяснить сексуальное насилие над женщинами сложно потому, что оно принимает множество форм и совершается в разных обстоятельствах и контекстах. Очень часто сексуальное насилие и насилие со стороны интимного партнера частично «перекрываются»; поэтому многие причины сексуального насилия сходны с теми, которые уже обсуждались в главе 4. Есть факторы, повышающие риск стать жертвой сексуального насилия и риск совершить его, а также факторы социальной среды (включая ровесников и семью), влияющие на вероятность изнасилования и реагирование на него. Исследования показывают, что влияние факторов складывается, так что чем больше действует факторов, тем больше вероятность сексуального насилия. Кроме того, какой-то фактор может иметь разную важность в разные периоды жизни.

Факторы, повышающие уязвимость женщин

Одной из наиболее обычных форм сексуального насилия во всем мире является насилие, совершаемое интимными партнерами. Отсюда следует вывод, что одним из самых важных факторов риска сексуального насилия для женщины является замужество или сожительство с партнером. Среди других факторов, повышающих риск сексуального насилия, следующие:

- молодость;
- употребление алкоголя или наркотиков;
- изнасилование или сексуальное плохое обращение, которые уже были до этого;
- наличие многих сексуальных партнеров;
- работа, связанная с сексом;
- лучшее образование женщины и наличие у нее больших экономических возможностей, по крайней мере в том случае, когда насилие совершается интимным партнером;
- бедность.

Возраст

Обычно молодые женщины подвергаются большему риску изнасилования, чем не очень молодые (24, 62, 104). Согласно данным правоохранительных органов и кризисных центров для жертв изнасилования в Чили, Малайзии, Мексике, Папуа — Новой Гвинее, Перу и США от 1/3 до 2/3 всех жертв сексуального насилия были не старше 15 лет (62, 104). Определенные формы сексуального насилия очень тесно связаны с молодостью, а именно, когда речь идет о насилии в школах и колледжах, а также о торговле женщинами для сексуальной эксплуатации.

Употребление алкоголя и наркотиков

Риск сексуального насилия также повышается из-за употребления алкоголя или наркотиков. В этом случае у женщин намного понижается способность защитить себя, так как они не могут интерпретировать признаки опасности и эффективно действовать. Принятие алкоголя может также приводить женщин в места, где их шансы встретить потенциального виновника возрастают (105).

Перенесенное ранее изнасилование или сексуальное нападение

Есть свидетельства, что опыт сексуального насилия в детстве или в подростковом возрасте влияет на вероятность стать жертвой и в зрелом возрасте (24, 37, 105–108). Национальное исследование насилия над женщинами в США обнаружило, что женщины, изнасилованные до 18 лет, в два раза чаще становились жертвами изнасилования в зрелом возрасте по сравнению с теми, кого не насиловали в детстве (18,3% и 8,7%) (37). Сексуальное насилие, испытанное в детстве, может приводить и к другим формам плохого обращения и проблемам, когда

ребенок станет взрослым. Например, исследование долгосрочного влияния сексуального насилия, проведенное в Австралии, показало явную связь между сексуальными домогательствами и изнасилованием, перенесенными в детстве, и проблемами в будущем с сексуальным и психическим здоровьем, проявлением насилия в семье и проблемами в интимных взаимоотношениях (даже после того, как были учтены семейные особенности и прошлое семьи) (108). Те, кто перенес насильственный половой акт, имели больше негативных последствий, чем те, кто пострадал от других форм принуждения.

Наличие многих сексуальных партнеров

Молодые женщины, имеющие многих сексуальных партнеров, подвергаются повышенному риску сексуального насилия (105, 107, 109). Впрочем, не ясно, является ли множество партнеров причиной или следствием плохого сексуального обращения, учитывая таковое обращение и в детстве. Например, обследование репрезентативной выборки мужчин и женщин в Леоне (Никарагуа) показало, что женщины, которых изнасиловали или пытались изнасиловать в детстве или в подростковом возрасте, имели большее число сексуальных партнеров в зрелом возрасте по сравнению с женщинами, которые испытали плохое обращение в умеренной степени или вовсе его не испытывали (110). Сходные данные были получены и в исследованиях молодых женщин в Новой Зеландии и Норвегии (107, 109), проведенных методом продольного анализа.

Уровень образования

Женщины подвергаются повышенному риску сексуального насилия, а также физического насилия со стороны интимного партнера, когда получают лучшее образование и таким образом обладают большими возможностями. Женщины без образования, как было обнаружено в национальном обзоре в ЮАР, гораздо реже подвергаются сексуальному насилию, чем более образованные женщины (34). В Зимбабве работающие женщины гораздо чаще сообщают о принуждении к сексу со стороны супруга, чем неработающие женщины (42). Наиболее вероятное объяснение этого — большие возможности позволяют женщинам сильнее сопротивляться патриархальным нормам (111), так что мужчины прибегают к насилию в попытке вновь получить кон-

ТАБЛИЦА 6.4

Факторы, повышающие риск для мужчины совершить изнасилование

Индивидуальные факторы	Факторы отношений	Факторы общины	Факторы общества
<ul style="list-style-type: none"> • применение алкоголя и наркотиков • фантазии на темы сексуального насилия и взгляды, поддерживающие сексуальное насилие • импульсивное и антисоциальное поведение • предпочтение безличного секса • враждебность по отношению к женщинам • опыт плохого сексуального обращения, перенесенный в детстве • наблюдение фактов семейного насилия в детстве 	<ul style="list-style-type: none"> • общение с сексуально агрессивными сверстниками и сверстниками-преступниками • семейная среда, характеризующаяся физическим насилием и бедностью • сильные патриархальные отношения в семье • семейная среда, не дающая эмоциональной поддержки • семейная честь считается важнее, чем здоровье и безопасность жертвы 	<ul style="list-style-type: none"> • бедность, приводящая к кризису мужской идентификации • отсутствие возможности получить работу • отсутствие поддержки от полиции и правоохранительных органов • общая терпимость к сексуальному насилию внутри общины • слабое наказание в общине виновников сексуального насилия 	<ul style="list-style-type: none"> • нормы общества, поддерживающие сексуальное насилие • социальные нормы, поддерживающие превосходство мужчин и их право на секс • слабые законы, касающиеся сексуального насилия • слабые законы, касающиеся равенства полов • высокий уровень преступности и других форм насилия

троль. Связь между возможностями и физическим насилием подобна перевернутой букве U: до определенного уровня большие возможности влекут за собой больший риск, а затем они начинают защищать (105, 112). Неизвестно, однако, действует ли это и в случае сексуального насилия.

Бедность

Бедные женщины и девушки могут подвергаться большему риску изнасилования, чем обеспеченные женщины, в процессе их ежедневных дел, например, когда они возвращаются домой с работы поздно вечером, работают в полях или собирают дрова одни. Дети бедных женщин могут получать меньше родительского попечения, когда они не в школе, т.к. их матери работают и не могут позволить себе уход за детьми. Такие дети сами часто работают и, таким образом, уязвимы для сексуальной эксплуатации.

Бедность принуждает многих женщин и девушек к занятиям, несущим относительно высокий риск сексуального насилия (113), особенно если работа связана с сексом (114). Им гораздо труднее найти и сохранить работу, продолжить деятельность в торговле, а если они учатся, получать хорошие оценки — все это делает их уязвимыми для сексуального насилия со стороны тех, кто может пообещать все эти вещи (28). Бедные женщины также подвергаются большему риску насилия со стороны интимного партнера, проявлением которого часто является сексуальное насилие (41, 115).

Факторы, увеличивающие риск совершения изнасилования мужчинами

Данные о мужчинах, применяющих сексуальное насилие, ограничены и сильно искажены влиянием данных о лицах, задержанных за изнасилова-

ние, за исключением США, где исследование было проведено также среди студентов колледжей. Несмотря на ограниченное количество такой информации оказывается, что сексуальное насилие существует почти во всех странах (хотя и с разной степенью распространенности), во всех социоэкономических классах и во всех возрастных группах, начиная с детского возраста. Данные о мужчинах, применяющих силу в сексе, также показывают, что большинство из них поступают так по отношению к знакомым женщинам (116, 117). Факторы, увеличивающие риск совершения изнасилования мужчиной, связаны со взглядами, а также с поведением, возникающим из социальных условий, которые предоставляют возможности и поддержку насилию (см. табл. 6.4).

Употребление алкоголя и наркотиков

Доказано, что алкоголь играет немаловажную роль в совершении определенных типов сексуального насилия (118), так же как и некоторые наркотики, а именно кокаин (119). Психофармакологический эффект алкоголя состоит в снижении запретов, нарушении способности делать суждения и интерпретировать информацию (120). Биологические связи между алкоголем и насилием, однако, очень сложны (118). Исследование социальной антропологии потребления алкоголя показало, что связи между насилием, пьянством и опьянением скорее носят социальный, а не универсальный характер (121). Некоторые исследователи отметили, что алкоголь может действовать как культурный «перерыв, отдых», давая возможность для антисоциального поведения. Таким образом, мужчины чаще действуют буйно, когда выпили, так как они не думают, что их будут считать ответственными за это

поведение. Некоторые формы группового сексуального насилия также связаны с алкоголем. В «питейных» заведениях потребление алкоголя — это акт, объединяющий группу людей, когда запреты снижаются у всех и суждение индивида уступает суждению группы.

Психологические факторы

В последнее время были проведены серьезные исследования роли когнитивных переменных среди факторов, которые могут приводить к изнасилованию. Было показано, что виновники сексуального насилия часто считают ответственными за изнасилование самих жертв и не осведомлены о влиянии изнасилования на них (122). Такие мужчины могут неправильно расценивать поведение женщин в социальных ситуациях, и не иметь запретов, подавляющих ассоциации между сексом и агрессией (122, 123). Свои сексуальные фантазии насильственного типа (122, 123) они обычно подогревают порнографией (124); они более враждебно относятся к женщинам, чем те, кто сексуально не агрессивен (106, 125, 126). В дополнение к этим факторам, сексуально агрессивные мужчины, как полагают, отличаются от других мужчин импульсивностью и антисоциальным поведением (105). У них также преувеличенное чувство маскулинности.

Сексуальное насилие также связано с предпочтением безличных сексуальных взаимоотношений в противоположность эмоциональным, при этом мужчина может иметь много сексуальных партнерш и склонен отстаивать личные интересы в ущерб интересам других (125, 127). К сексуальному насилию приводит также идея противоборства полов, согласно которой женщины — противники, которым нужно бросать вызов и завоевывать.

Влияние сверстников и семьи Групповое изнасилование

Некоторые формы сексуального насилия, например групповое изнасилование, чаще совершаются молодыми мужчинами (129). Сексуальная агрессия часто является определяющей характеристикой возмужалости в группе и сильно связана с желанием приобрести большее уважение (130). Поэтому сексуально агрессивное поведение молодых людей может быть следствием того, что они состоят в преступной группировке и имеют сверстников-преступников (126, 131). Исследования также показывают, что мужчины, у которых есть сексу-

ально агрессивные товарищи-сверстники, гораздо чаще используют силу в половых сношениях и вне группового контекста, чем мужчины, не имеющие таких сверстников (132).

Групповое изнасилование часто рассматривается его участниками (а иногда и посторонними людьми) как законное, если оно совершается в наказание за «аморальное» поведение женщин — которые, например, носят короткие юбки или посещают бары. Такое изнасилование не рассматривается виновниками как преступление. В некоторых районах Папуа — Новой Гвинеи женщин могут наказывать публичным групповым изнасилованием, часто санкционированным старейшинами (133).

Окружение в раннем детстве

Есть данные, которые показывают, что у некоторых мужчин сексуальное насилие является приобретенной моделью поведения, особенно если к ним применяли сексуальное насилие в детстве. Исследования изнасилованных мальчиков показывают, что один из пяти может сам позже приставать к детям (134). Такой опыт может привести к тому, что мужчина постоянно оправдывает свое насильственное поведение, отрицает, что поступает плохо, и имеет ложное и нездоровое представление о сексуальности.

Окружение в детском возрасте, характеризующееся физическим насилием, отсутствием эмоциональной поддержки или борьбой за средства существования, приводит к сексуальному насилию (105, 126, 131, 135). Например, сексуально агрессивное поведение молодого человека связано с тем, что он был свидетелем насилия в семье или имел эмоционально отчужденного и незаботливого отца (126, 131). Мужчины, воспитанные в семьях с сильными патриархальными устоями, чаще насилуют или принуждают женщин к сексу, а также плохо обращаются со своими интимными партнершами, чем мужчины, которые воспитывались в более эгалитарных семьях (105).

Семейная честь и сексуальная чистота

Другим фактором социальных взаимоотношений является реагирование семьи на сексуальное насилие, которое обвиняет женщину, не наказывая мужчин, концентрируясь на заботе о восстановлении «потерянной» семейной чести. Такое реагирование создает среду, в которой изнасилование может остаться ненаказанным.

Во многих семьях стараются защитить женщин от изнасилования и могут заставить дочерей применять контрацептивы, чтобы предупредить видимые последствия насилия, если оно произойдет (136). Однако социальный контроль над молодыми людьми и попытки убедить их, что насильственный секс — это плохо, имеют место гораздо реже. Напротив, в некоторых странах членам семьи часто позволено делать с женщинами то, что они сочтут нужным — включая убийство — чтобы снять «позор» изнасилования или других сексуальных преступлений. Как выяснили исследователи, из всех убийств «ради спасения чести», имевших место в Иордании в 1995 г. (137), свыше чем в 60% случаев жертвы умирали от множественных огнестрельных ранений — большей частью от руки брата. В случаях, когда жертвой была незамужняя женщина, ставшая беременной в результате насилия, виновника убийства или оправдывали или он получал мягкий приговор.

Хотя причиной ранних браков часто является бедность, семьи оправдывают их также такими факторами, как сохранение девственности молодой девушки и защита ее от секса до свадьбы, от ВИЧ-инфекции и нежелательных сексуальных домогательств (100).

Факторы общины **Бедность**

Бедность повышает как риск совершения сексуального насилия, так и риск стать его жертвой. Некоторые авторы говорят о том, что связь между бедностью и совершением сексуального насилия осуществляется через кризис мужской идентификации (95, 112, 138–140). П. Буржуа, описывая жизнь в Восточном Гарлеме (Нью-Йорк, США) (138), показал, что молодые люди чувствуют на себе давление моделей «успешной» мужественности и семейной структуры, которые перешли к ним от поколений их отцов и дедов и которые не соответствуют современному мужскому идеалу, подчеркивающему материальное потребление. В ловушке своих трущоб, совсем без работы или занятые лишь частично, маловероятно, что они добьются ожидаемого от них мужского «успеха». В этих обстоятельствах идеалы мужественности трансформируются, и ставка делается на женоненавистничество, злоупотребление наркотиками и другими веществами и участие в преступлениях (138), а кроме того, часто на ксенофобию и ра-

сизм. Групповые изнасилования и сексуальные завоевания становятся нормой тогда, когда мужчины направляют свою агрессию против женщин, которых они не могут больше контролировать по патриархальным обычаям или поддерживать экономически.

Физическое и социальное окружение

Хотя страх изнасилования обычно связан с нахождением вне дома (141, 142), на самом деле большая часть сексуального насилия происходит в доме жертвы или виновника. Тем не менее, похищение незнакомцем довольно часто является прелюдией к изнасилованию, и на возможность такого похищения влияет физическое окружение.

Социальная среда внутри общины важнее физической. То, насколько глубоко укоренились в общине представления о мужском превосходстве и о том, что мужчины имеют право на секс, будет сильно влиять на вероятность совершения сексуального насилия, а также на общую терпимость общины к сексуальному насилию и на степень применения санкций, если таковые имеются, против виновных (116, 143). Например, в некоторых регионах изнасилования могут происходить даже в общественных местах, при этом прохожие отказываются вмешиваться (133). В полиции также могут невнимательно относиться к жалобам на изнасилование, особенно если нападение совершено партнером или мужем жертвы. Там, где полицейские расследования или судебные дела все же происходят, процесс может идти либо чрезвычайно вяло, либо имеет место коррупция, например когда юридические документы «теряют» в обмен на взятку.

Факторы общества

Среди факторов, действующих на уровне общества и влияющих на сексуальное насилие, можно назвать законы и государственную политику, направленные на равенство полов и борьбу с сексуальным насилием, а также нормы, относящиеся к применению насилия. Помимо факторов, действующих главным образом на местном уровне, внутри семей, школ, рабочих мест и общин, существует также влияние законов и норм, которые действуют на национальном и даже международном уровне.

Законы и политика

Существуют значительные расхождения между странами в их подходе к сексуальному насилию.

Некоторые страны имеют хорошо разработанное законодательство и юридические процедуры, которые широко определяют изнасилование, включая в него изнасилование супругом, предусматривают тяжелые наказания для виновников и мощную поддержку жертв. Обязательство предупреждать или контролировать сексуальное насилие также выражается в обучении полиции и распределении полицейских ресурсов, в приоритете, который отдается расследованию случаев сексуального насилия, и в средствах, выделяемых для поддержки жертв и обеспечения медико-юридической помощи. С другой стороны, есть страны с гораздо более слабым подходом к этому вопросу, где не разрешается осуждать виновника только по свидетельству женщины, где определенные формы или места сексуального насилия исключены из юридического определения и где жертв изнасилования отговаривают возбуждать дело в суде под угрозой того, что их накажут за предъявление «недоказанного» иска об изнасиловании.

Социальные нормы

Сексуальное насилие, совершаемое мужчинами, в большой степени коренится в убежденности, что мужчина имеет право на секс. Эта система взглядов дает женщинам чрезвычайно мало законных прав отказывать сексуальным домогательствам (139, 144, 145). Таким образом, многие мужчины просто исключают вероятность того, что их сексуальные домогательства могут быть отклонены женщиной или что женщина имеет право решать, участвовать в сексе или нет. Во многих культурах женщины, как и мужчины, считают, что брак влечет за собой обязанность женщины быть сексуально доступной практически без ограничений (34, 146), за исключением культурных запретов в определенные периоды, например после родов или во время месячных (147).

Социальные нормы, разрешающие мужчинам применять насилие в качестве средства для достижения своих целей, сильно увеличивают распространенность изнасилований. В обществах, где сильна идеология мужского превосходства — подчеркивается мужское доминирование, физическая сила и мужская честь — изнасилования происходят чаще (148). Страны, в которых культивируется насилие или происходят насильственные конфликты, испытывают повышение уровня почти всех форм насилия, включая сексуальное (148–151).

Глобальные тенденции и экономические факторы

Многие факторы, которые действуют на уровне страны, имеют международный масштаб. Так, рост свободной торговли в мире сопровождается увеличением перемещения женщин и девушек в поисках работы, включая и секс-работу (152). Программы по экономическому структурному регулированию, составленные международными организациями, обострили бедность и безработицу в ряде стран, вследствие чего увеличилась вероятность сексуальной торговли и сексуального насилия (153). Особенно это отмечается в Центральной Америке, в Карибском регионе (114) и некоторых регионах Африки (113).

Последствия сексуального насилия

Физическая сила не всегда применяется при изнасиловании, и физические травмы не всегда являются его следствием. Известно, что изнасилование может закончиться и смертью, хотя степень распространенности таких случаев сильно различается в разных странах мира. Самые обычные последствия сексуального насилия касаются репродуктивных возможностей, психического здоровья и социального благополучия.

Беременность и гинекологические осложнения

Следствием изнасилования может стать беременность, хотя доля таких случаев разная в разных местах и особенно зависит от того, насколько распространено применение безбарьерных контрацептивов. Изучение девочек-подростков в Эфиопии обнаружило, что среди тех, кто сообщил об изнасиловании, 17% забеременели (154). Эта цифра примерно совпадает с 15–18% изнасилованных, о которых сообщают из кризисного центра в Мексике (155, 156). Исследование методом продольного анализа, проведенное в США, в ходе которого в течение трех лет наблюдались свыше 4 000 женщин, обнаружило, что в целом по стране беременными становятся 5,0% всех изнасилованных в возрасте от 12 до 54 лет; при этом ежегодное количество беременностей в результате изнасилования составляет 32 000 (7). Во многих странах изнасилованных женщин принуждают к родам или они подвергают свою жизнь риску, делая непрофессиональные аборты.

Опыт насильственного секса в раннем возрасте снижает способность женщины считать свою сек-

суальную жизнь поддающейся контролю. Девочка-подросток, которую принудили к сексу, в дальнейшем будет меньше пользоваться презервативами или другими противозачаточными средствами, повышая вероятность того, что она забеременеет (4, 16, 157, 158). Изучение факторов, влияющих на беременность подростков в Кейптауне (ЮАР), показало, что вынужденное начало половых отношений было третьим по влиянию фактором после частоты половых сношений и применения современных контрацептивов (4). Принуждение к сексу может также приводить к нежелательной беременности взрослых женщин. В Индии опрос женатых мужчин показал, что мужчины, которые принуждали к сексу своих жен, в 2,6 раз чаще были причиной нежелательных беременностей, чем те, кто не применял насилия (41).

Было обнаружено, что с насильственным сексом связаны гинекологические осложнения. Среди них вагинальные кровотечения или инфекции, фибромы, снижение сексуального желания, генитальное раздражение, боли во время полового сношения, хронические боли в области малого таза и воспаление мочевого тракта (8–15). Женщины, которые испытывают как физическое, так и сексуальное насилие со стороны интимных партнеров, подвержены большему риску получить проблемы со здоровьем вообще, чем те, кто перенес только физическое насилие (8, 14).

Болезни, передаваемые половым путем

Следствием изнасилования могут быть ВИЧ-инфекция и другие болезни, передаваемые половым путем (159). Исследование женщин в приютах показало, что те из них, кто пережил как физическое, так и сексуальное жестокое обращение со стороны интимных партнеров, значительно чаще имели болезни, передаваемые половым путем (160). Для женщин, проданных для секс-работы, риск ВИЧ-инфекции и других болезней, передаваемых половым путем, особенно велик. Связи между ВИЧ-инфекцией и сексуальным насилием, а также меры по предупреждению обсуждаются во вставке 6.2.

Психическое здоровье

Сексуальное насилие приводит к ряду проблем с психическим здоровьем и поведением в подростковом и зрелом возрасте (17–20, 22, 23, 161). В одном исследовании населения страны симптомы психических заболеваний были у 33% женщин с

опытом сексуального насилия, у 15% женщин с опытом физического насилия со стороны интимного партнера и у 6% женщин, не испытывавших плохого обращения (162). Сексуальное насилие со стороны интимного партнера обостряет влияние физического насилия на психическое здоровье.

Женщины, сообщающие о принуждении к половому сношению, подвержены значительно большему риску депрессии и посттравматического стресса, чем женщины без такого опыта (19, 18, 22, 23). Посттравматический стресс после изнасилования более вероятен, если во время изнасилования наносится физическая травма, а кроме того женщина до этого уже страдала от депрессии или злоупотребляла алкоголем (24). Изучение подростков во Франции обнаружило также связь между изнасилованием и расстройствами сна, депрессивными симптомами, соматическими жалобами, курением и поведенческими проблемами (такими как агрессивное поведение, воровство и пропуск занятий в школе) (163). При отсутствии консультирования по поводу изнасилования негативные психологические последствия сохраняются по крайней мере в течение года после травмы, тогда как проблемы с физическим здоровьем имеют тенденцию ослабевать в течение этого периода (164). Но даже после консультирования до 50% женщин сохраняют симптомы стресса (165–167).

Суицидальное поведение

Женщины, пережившие сексуальное насилие в детстве или будучи взрослыми, чаще совершают самоубийство или покушение на него, чем другие женщины (21, 168–173). Эта связь сохраняется, даже с учетом возраста, образования, наличия посттравматического стресса и психических заболеваний (168, 174). Опыт изнасилования или сексуальных домогательств может привести к суицидальному поведению уже в подростковом возрасте. В Эфиопии 6% изнасилованных школьниц сообщили о попытках самоубийства (154). Исследование подростков в Бразилии обнаружило, что пережитое когда-то сексуальное насилие является ведущим фактором, предсказывающим поведение, опасное для здоровья, включая суицидальные мысли и попытки (161).

К эмоциональным нарушениям и суицидальному поведению может приводить также опыт тяжелых сексуальных издевательств. Исследование девочек-подростков в Канаде обнаружило, что 15%

ВСТАВКА 6.2**Сексуальное насилие и ВИЧ/СПИД**

Насильственное половое сношение увеличивает риск передачи ВИЧ. Насильственное вагинальное проникновение обычно сопровождается царапинами и порезами, и таким образом вирус — если он есть — может попасть в организм через слизистую оболочку вагины. Девочки-подростки особенно чувствительны к ВИЧ-инфекции при насильственном половом сношении и даже при обычном половом сношении, так как мембрана слизистой оболочки их вагины еще не приобрела клеточной плотности, обеспечивающей эффективный барьер, который создается в конце подросткового возраста. Те, кто пострадал от анального изнасилования — мальчики и мужчины, а также девочки и женщины — тоже значительно более чувствительны к ВИЧ, чем в случае ненасильственного полового сношения, так как анальные ткани легко травмируются, позволяя вирусу проникать в организм.

Жертвы сексуального насилия, чувствительные к ВИЧ, могут приобрести в результате насилия модели поведения, опасные для здоровья. Принуждение к сексу в детстве или в подростковом возрасте повышает, например, вероятность иметь в дальнейшем половые сношения без предохранения, вероятность иметь много партнеров, участвовать в секс-работе или злоупотреблять веществами. Люди, которые испытали насилие в интимных отношениях, часто считают затруднительным применение презерватива — из-за того, что это может быть интерпретировано как недоверие к партнеру, как неразборчивость или из-за страха перед насилием со стороны партнера. Сексуальное принуждение подростков и взрослых также приводит к низкой самооценке и депрессии. Такое же поведение часто возникает и при заражении ВИЧ-инфекцией.

У лиц, зараженных ВИЧ-инфекцией или имеющих зараженного члена семьи, может быть повышенный риск пострадать от сексуального насилия, особенно это касается женщин. Из-за позора, связанного с ВИЧ и СПИД, во многих странах зараженная женщина может изгоняться из дома. Кроме того, заболевание СПИДом или смерть от него может сделать экономическую ситуацию в бедной семье отчаянной. Женщины в этой семье могут быть вынуждены заниматься секс-работой; следовательно, они тоже подвержены повышенному риску ВИЧ/СПИД, а также сексуального насилия. Дети, ставшие сиротами из-за СПИДа, доведенные до нищеты и не имеющие никого, кто бы о них заботился, могут быть вынуждены жить на улицах при значительном риске сексуального насилия.

Среди различных способов снижения уровня сексуального насилия и ВИЧ-инфекции образование, возможно, важнее всех. В школах и других образовательных заведениях, в молодежных группах и на рабочих местах должна предусматриваться всесторонняя помощь для молодых людей. В школьной программе должны изучаться все необходимые аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, взаимоотношений и насилия. Детей нужно обучать тому, как избежать рискованных или угрожающих ситуаций, связанных с насилием, сексом и наркотиками, и как вести себя в сексуальных отношениях, чтобы обеспечить свою безопасность.

Взрослое население должно располагать полной информацией о сексуальном здоровье и о последствиях некоторых сексуальных приемов; должны приниматься меры по изменению вредных моделей поведения и социальных норм, которые препятствуют обсуждению в обществе сексуальных вопросов.

Важно, чтобы работники системы здравоохранения и других организаций, оказывающих помощь населению, прошли тренинги по гендерным вопросам и вопросам репродуктивного здоровья, в том числе по гендерному насилию и по болезням, передаваемым половым путем, в частности по ВИЧ-инфекции.

Жертвы насилия должны пройти скрининг (обследование) и получить направление на лечение от ВИЧ-инфекции. Сразу после изнасилования можно применять профилактические меры против заражения ВИЧ. И наоборот, ВИЧ-инфицированные женщины должны быть осмотрены, чтобы выяснить, не были ли они изнасилованы. Программы добровольного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции должны включать в себя и меры по предупреждению насилия.

переживших многократный нежелательный сексуальный контакт проявляли суицидальное поведение за последние 6 месяцев с момента опроса по сравнению с 2% тех, кто не подвергался таким издевательствам (72).

Социальный остракизм

Во многих культурах придерживаются мнения, что мужчины не могут контролировать свои сексуальные побуждения и что женщины ответственны за провоцирование сексуального желания у мужчин (144). То, как семьи и общины реагируют на акты изнасилования в таких местах, регулируется распространенными идеями о сексуальности и статусе женщины.

В некоторых обществах культурным «решением» вопроса изнасилования является вступление изнасилованной женщины в брак с виновником насилия. Благодаря этому сохраняется «чистота» женщины и ее семьи (175). Такое решение отражено в законах некоторых стран, которые оправдывают мужчину, совершившего изнасилование, если он женится на жертве (100). Помимо брака, семья насильника может оказать давление на женщину, требуя, чтобы она не сообщала в полицию и не возбуждала дело, или предлагая ей получить финансовое возмещение (42, 176). Мужчины могут отказаться от своих жен, если их изнасиловали (27), а в некоторых странах, как упоминалось ранее, восстановление потерянной чести требует, чтобы женщину выгнали или, в исключительных случаях, убили (26).

Что можно сделать, чтобы предупредить сексуальное насилие?

Способов борьбы с сексуальным насилием не так уж много, и лишь немногие из них получили оценку. Большинство этих мер были разработаны и применены в индустриальных странах. Насколько они могут быть уместны в других странах, неизвестно. Разработанные меры можно подразделить на категории следующим образом.

Индивидуальные подходы Психологический уход и поддержка

Полезными считаются консультации, лечение и группы поддержки жертв сексуального насилия, особенно в тех случаях, когда есть осложнения, связанные с самим насилием или с процессом реа-

билитации. Имеются некоторые данные о том, что краткосрочная когнитивно-поведенческая программа, которую жертва проходит сразу после нападения, может ускорить лечение психологической травмы (177, 178). Как уже упоминалось, жертвы сексуального насилия иногда винят себя за происшедшее, поэтому психологическая терапия чувства вины также важна для выздоровления (170). Однако программы краткосрочного консультирования и лечения после актов сексуального насилия еще требуют дальнейшей оценки.

Психологическую поддержку тем, кто перенес сексуальное насилие, оказывают главным образом неправительственные организации, в частности кризисные центры для жертв изнасилования и различные женские организации. Разумеется, эти службы могут охватить лишь небольшое число жертв сексуального насилия. Чтобы расширить доступ, можно установить телефонные линии помощи, в идеальном случае бесплатные. В ЮАР, например, телефонная линия помощи «Stop Woman Abuse» («Прекратить жестокое обращение с женщинами») за первые 5 месяцев работы ответила на 150 000 звонков (180).

Программы для виновников

Немногие программы для виновников сексуального насилия направлены обычно на мужчин, совершивших нападение. Они работают главным образом в индустриальных странах и только недавно стали подвергаться оценке (см. гл. 4, в которой обсуждаются такие программы). Обычная реакция мужчин, совершивших сексуальное насилие — отрицание как своей ответственности, так и того, что их действия являются насилием (196, 181). Чтобы быть эффективными, программы, работающие с виновниками насилия, должны заставить их самих признать себя ответственными, а также заставить общество считать их ответственными за свои действия (182). Добиться этого можно совместной работой программ, нацеленных на виновников сексуального насилия и на поддержку жертв насилия, а также проводя кампании против сексуального насилия.

Программы по формированию жизненных навыков и другие образовательные программы

В последние годы несколько программ по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья, в частности те, которые осуществляют меры по

предупреждению ВИЧ-инфекции, стали обращаться к гендерным вопросам и к проблеме сексуального и физического насилия над женщинами. Два замечательных примера — разработанные для Африки, но использованные также во многих развивающихся странах мира программы «Stepping Stones» и «Men as partners» (183, 184). Эти программы применяются в группах мужчин и женщин одного возраста; на собраниях используется совместное обучение. Всесторонний подход помогает мужчинам, которые могли бы в противном случае неохотно посещать программы, касающиеся только насилия над женщинами, участвовать в собраниях и обсуждать вопросы насилия. Более того, даже если мужчины являются виновниками сексуального насилия, программы осторожно избегают присваивать им такой ярлык.

Обзор действия программы «Stepping Stones» в Африке и Азии выявил, что рабочие группы помогли мужчинам, принимающим в них участие, признать большую ответственность за свои действия, относиться лучше к другим, проявлять большее уважение к женщинам и общаться более эффективно. В результате действия этой программы было отмечено уменьшение насилия над женщинами в общинах Камбоджи, Гамбии, ЮАР, Уганды и Объединенной республики Танзания. Однако имеющиеся на сегодня оценки этой программы использовали качественные методы. Чтобы адекватно проверить ее эффективность, требуются дальнейшие исследования (185).

Меры, касающиеся развития детей

Исследования подчеркивают, что для предупреждения сексуального насилия важно поощрять воспитание детей, в котором гендерные роли родителей лучше сбалансированы (124, 125). Шварц (186) разработал превентивную модель, которая включает меры до рождения ребенка, во время его детства, в подростковый период и в начале зрелости. Согласно этой модели меры до рождения ребенка должны включать обсуждение родительских навыков, гендерных стереотипов, стрессов, конфликтов и насилия. В раннем детстве работники здравоохранения должны продолжать следить за этими вопросами и начинать обсуждать плохое сексуальное обращение с детьми и показ насилия в средствах массовой информации, предоставляя также несексистские образовательные материалы. В старшем детском возрасте работники служб ох-

раны здоровья должны моделировать типы поведения и отношений, избегающие стереотипов, учить детей различать «хорошие» и «плохие» прикосновения к их телу и повышать их способность контролировать свое собственное тело. После этого уже можно проводить беседы о сексуальной агрессии. В подростковом возрасте и в начале взрослой жизни нужно обсуждать тему изнасилования, говорить о том, как поставить границы сексуальной активности, и пытаться разрушить связи между сексом, насилием и принуждением. Хотя модель Шварца была разработана для индустриальных стран, некоторые из ее принципов можно применять и в развивающихся странах.

Реагирование медицинских служб на сексуальное насилие Медико-юридические службы

Во многих странах сектор здравоохранения обязан собирать медицинские и юридические данные, чтобы подтвердить отчеты жертв или помочь найти виновников насилия. Исследование, проведенное в Канаде, показывает, что медико-юридическая документация может повысить шанс на арест виновника, его обвинение и вынесение приговора (187, 188). Например, одно исследование обнаружило, что зафиксированная физическая травма, особенно средней и тяжелой степени тяжести, приводила к предъявлению обвинения — независимо от уровня дохода пациента и от того, знал ли он (она) нападающего, был его знакомым или интимным партнером (188). Однако исследование женщин, посещающих больницу в Найроби (Кения) после изнасилования, показало, что во многих странах жертвы изнасилования не обследуются гинекологом или опытным полицейским и что по этому вопросу не существует никаких стандартных протоколов или инструкций (189).

Использование стандартных протоколов и инструкций, так же как сбор свидетельств, может значительно улучшить качество лечения и психологическую поддержку жертв насилия (190). Действия при осмотре женщин — жертв сексуального насилия должны включать:

- полное описание случая, с приведением всех собранных свидетельств;
- запись истории гинекологических заболеваний жертвы и применяемых ею контрацептивов;

- стандартную запись результатов полного физического обследования;
- оценку риска беременности;
- проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;
- предоставление неотложной контрацепции или — там, где это разрешено законом — консультирование по поводу аборта;
- обеспечение психологической поддержки и направление к врачу-специалисту.

В некоторых странах протокол составляет часть «комплекта доказательств сексуального нападения», в который входят, кроме того, инструкции и папки для сбора данных, юридические формы и документы для записи опыта (191). Само обследование нередко вызывает стресс у жертв насилия. Показ видеофильма, объясняющего всю процедуру до обследования, значительно снижает этот стресс (192).

Тренинги для работников системы здравоохранения

По вопросам, касающимся сексуального насилия, нужно проводить подготовку всего медицинского персонала, включая психиатров и консультантов, на курсе основной подготовки, а также на курсах усовершенствования специалистов. Такая подготовка должна, прежде всего, дать работникам здравоохранения больше сведений о сексуальном насилии и научить их лучше определять и обращаться со случаями насилия шадящим, но эффективным способом. Она должна также уменьшить случаи сексуального нападения в самой системе здравоохранения, где это является важной, но неизученной проблемой.

На Филиппинах существует организация «Task Force on Social Science and Reproductive Health», которая включает врачей, медсестер и ученых в области общественных дисциплин и поддерживается министерством здравоохранения. Она создала модели тренингов медсестер и студентов-медиков по гендерному насилию. Цели этой программы следующие (193):

- понять корни насилия в контексте культуры, пола и других социальных аспектов;
- идентифицировать ситуации в семье и доме с высоким риском насилия, где было бы целесообразно принять:
 - первичные меры в сотрудничестве с другими специалистами;

- вторичные меры, а именно: идентификацию жертв насилия, обучение их основным юридическим процедурам и способам представления доказательств, отправку жертв на консультацию к специалистам и контроль над ними, а также помощь жертвам по реинтеграции в общество.

Эти тренинги включены в учебные планы как медсестер, так и врачей. В учебном плане медсестер одиннадцать этапов тренинга распределены на четыре года обучения, а в учебном плане врачей — на последние три года практической подготовки.

Профилактика ВИЧ-инфекции

Главная причина для беспокойства при изнасиловании — это возможность передачи ВИЧ, особенно в странах с высокой распространенностью этой инфекции (194). Применение антиретровирусных препаратов после заражения ВИЧ, как известно, в некоторых контекстах является эффективным средством. Например, введение антиретровирусного препарата зидовудина (AZT) врачам после случайного прокола кожи зараженной иглой, как было показано, снижает риск последующего развития ВИЧ-инфекции на 81% (195).

Средний риск заражения ВИЧ от единичного акта незащищенного вагинального полового сношения с инфицированным партнером относительно низок (приблизительно 1–2 случая на 1000 от мужчины к женщине, и около 0,5–1 случая на 1000 от женщины к мужчине). Почти тот же риск возникает из-за укола иглой (около 3 случаев на 1000), для которого пост-экспозиционная профилактика сейчас является обычным лечением (96). Средний риск заражения ВИЧ при незащищенном анальном сексе значительно выше, приблизительно 5–30 случаев на 1000. Однако при изнасиловании из-за применения силы гораздо чаще возникают макро- и микроскопические разрывы слизистой оболочки вагины, что значительно увеличивает вероятность ВИЧ-трансмиссии (194).

Отсутствует информация о доступности и рентабельности предлагаемых жертвам изнасилования мер ВИЧ-профилактики в учреждениях с недостатком денежных средств. Проверка на ВИЧ-инфекцию после изнасилования трудна в любом случае. Сразу после изнасилования многие женщины не в состоянии полностью понять сложную информацию о ВИЧ-тестировании и о риске заболевания. Обеспечить контроль в дальнейшем также

трудно, так как многие жертвы не будут посещать врача по причинам, которые вероятно связаны с их психологическим желанием прийти в себя после нападения. Побочный эффект антиретровирусного лечения также может быть значительным, заставляя людей бросить курс лечения (195, 197), хотя те, кто знают, что они подвержены большему риску, обычно более послушны (197).

Несмотря на отсутствие информации об эффективности ВИЧ-профилактики после изнасилования, многие организации рекомендуют использовать ее. Например, системы медицинской помощи в странах с высоким доходом включают ее в свои наборы услуг. В странах со средним и низким доходом срочно требуется провести исследования эффективности антиретровирусного лечения после изнасилования и решить, как

можно включить это лечение в систему ухода за больными.

Центры, оказывающие всестороннюю помощь жертвам сексуального нападения

Из-за нехватки врачей во многих странах помощь жертвам сексуального нападения иногда оказывают специально обученные медсестры (187). В Канаде медсестры, известные как «медицинские сестры, обследующие жертв изнасилования», учатся оказывать всестороннюю помощь жертвам сексуального насилия. Когда необходимо медицинское вмешательство, эти медсестры направляют клиентов к врачам. В провинции Онтарио (Канада) первый центр по уходу за жертвами сексуального насилия был открыт в 1984 г. и с

ВСТАВКА 6.3

Интегрированные службы помощи жертвам насилия в больницах Малайзии

В 1993 г. первый «One-Stop Crisis Centre» для женщин, подвергшихся избиению, был учрежден в отделении несчастных случаев и неотложной помощи в больнице Куала-Лумпур в Малайзии. Его целью было дать скоординированный ответ насилию против женщин таким образом, чтобы жертвы нападения имели возможность решить медицинские, юридические, психологические и социальные проблемы в одном месте. Первоначально центр работал исключительно с домашним насилием, но затем обратился и к изнасилованиям, установив специальные процедуры для их жертв.

В больнице Куала-Лумпур команда по вмешательству каждый месяц имеет дело примерно с 30 случаями изнасилований и 70 случаями домашнего насилия. Эта команда проводит экспертизу в самой больнице и при помощи различных женских групп, полиции, отдела медицинских социальных работников, конторы юридической помощи и Исламского религиозного бюро.

В 1996 г. Министерство здравоохранения Малайзии решило распространить эту новаторскую стратегию и учредить подобные центры в каждой государственной больнице страны. В течение 3 лет были созданы 34 таких центра. В этих центрах психиатры, консультанты и медицинские социальные работники проводят консультации по изнасилованию, причем некоторые клиенты становятся амбулаторными больными в психиатрических отделениях больниц. Прошедшие специальное обучение социальные работники обязаны отвечать на вызов 24 часа в сутки.

При разработке программы «One-Stop Crisis Centre» возникло несколько проблем. Одна из них — необходимость лучшего обучения больничного персонала при работе с вопросами сексуального насилия. Некоторые больничные работники, как было отмечено, винят самих жертв в насилии, от которого они пострадали, а другие рассматривают их с вуйеристским любопытством вместо того, чтобы оказывать помощь. Не хватает также судмедэкспертов и помещений, где жертвы изнасилования могли бы быть в безопасности. Установление этих проблем было первым важным шагом по улучшению программы и оказанию более качественной помощи жертвам изнасилования.

тех пор были созданы 26 других. Эти центры оказывают широкий спектр услуг. Среди них неотложная медицинская помощь и медицинский контроль в дальнейшем, консультирование, сбор свидетельств о нападении для суда, юридическая поддержка, помощь общины в отношении консультирования и образования (198). Во многих странах имеются центры, оказывающие ряд услуг жертвам сексуального нападения, часто в таких местах, как больницы или полицейские участки (см. вставку 6.3). Такие специализированные центры имеют преимущества, так как они располагают обученным и опытным персоналом. В других местах есть, наоборот, интегрированные центры, предоставляющие помощь жертвам различных форм насилия.

Работа в общинах Кампании по предупреждению сексуального насилия

Чтобы изменить отношение общества к сексуальному насилию, используют средства массовой информации, включая рекламные щиты на улицах, объявления в общественном транспорте, по радио и телевидению. Эффективно используют телевидение в ЮАР и Зимбабве. Южноафриканская телепередача «Soul City», показываемая в лучшее эфирное время, описана во вставке 9.1 в главе 9. В Зимбабве неправительственная организация Мусаса выступила с инициативой по повышению осведомленности общества в вопросах сексуального насилия, используя для этого театры, общественные собрания и дебаты, а также телепередачи, в которых жертвы насилия описывают свой опыт (199).

Помимо кампаний в средствах массовой информации во многих странах проводят и другие мероприятия. Например, «Sisterhood Global Institute» в Монреале (Канада) разработал учебник для мусульманских общин, нацеленный на повышение осведомленности и активизацию обсуждения вопросов, связанных с равенством полов и насилием над женщинами и девушками (200). Учебник был опробован сначала в Египте, Иордании и Ливане, а затем — с адаптацией для неисламских общин — использован в Зимбабве.

Междисциплинарная кампания Организации Объединенных Наций по борьбе с гендерным насилием проводится в 16 странах Латинской Америки и Карибского региона (201).

Цели кампании:

- повысить осведомленность о человеческом, социальном и экономическом ущербе, причиняемом насилием над женщинами и девушками;
- создать возможность на правительственном уровне разрабатывать и внедрять законы против гендерного насилия;
- укреплять сеть государственных и частных организаций, занимающихся этим вопросом, и выполнять программы по предупреждению насилия над женщинами и девушками.

Деятельность мужчин в общинах

Важный элемент предупреждения сексуального и физического насилия над женщинами — коллективная инициатива мужчин. Мужские группы, выступающие против домашнего насилия и изнасилования, имеются в Австралии, Африке, Латинской Америке и Карибском регионе, в Азии и во многих частях Северной Америки и Европы. Исходный пункт такого рода инициатив состоит в том, что мужчины как индивидуумы должны принять меры, чтобы снизить применение ими насилия (202). Среди типичных действий таких групп групповые обсуждения, собрания, образовательные кампании, работа с мужчинами, применяющими насилие, семинары в школах, тюрьмах и на рабочих местах. Действия часто проводятся в сотрудничестве с женскими организациями, занятыми предупреждением насилия и оказанием помощи женщинам, с которыми плохо обращаются.

Только в США существует свыше 100 таких мужских групп, многие из которых фокусируются именно на борьбе с сексуальным насилием. Например, группа «Men Can Stop Rape» в Вашингтоне (округ Колумбия) пытается создать альтернативный образ мужественности, с отсутствием насилия и гендерным равенством. Среди последних действий этой группы — проведение презентаций в средних школах, создание плакатов, издание книги для учителей и молодежного журнала (202).

Программы для школ

Действия в школах жизненно важны для снижения сексуального и других форм насилия. Во многих странах сексуальные отношения между учителем и учеником не считаются серьезным дисциплинарным нарушением, и мероприятия по борьбе с сексуальными домогательствами в школах не

осуществляются. В последние годы, однако, некоторые страны ввели законы, запрещающие сексуальные отношения между учителями и учениками. Такие меры нужны для того, чтобы помочь искоренить сексуальные домогательства в школах. В то же время необходим более широкий спектр действий, включая изменения в обучении и усовершенствование образования учителей, реформирование школьных планов с тем, чтобы трансформировать гендерные отношения в школах.

Юридическая и политическая реакция на сексуальное насилие **Сообщения о случаях сексуального насилия и работа с ними**

Во многих странах есть системы, которые поощряют людей сообщать о случаях сексуального насилия в полицию, что увеличивает скорость разбирательства таких случаев в судах. В правоохранительных органах есть подразделения, посвященные домашнему насилию и сексуальной преступности, проводятся гендерные тренинги для полиции и судебных чиновников, создаются полицейские участки, состоящие только из женщин, и специальные суды для лиц, совершивших изнасилование. Некоторые из этих мер обсуждались в главе 4.

Проблемы иногда возникают из-за нежелания медицинских экспертов являться в суд. Причина этого заключается в том, что расписание судебных дел непредсказуемо, дела часто откладываются, а свидетелям, которые должны дать короткие показания, приходится ждать очень долго. В ЮАР, чтобы решить этот вопрос, прокуратура обучает чиновников прерывать судопроизводство по делам о сексуальном насилии, когда прибывает судмедэксперт, чтобы можно было немедленно взять показания и задать перекрестные вопросы свидетелям.

Юридическая реформа

Юридические меры, принятые во многих странах, включают:

- расширение определения изнасилования;
- реформирование правил вынесения приговора и принятия доказательств к рассмотрению;
- отмену требования того, чтобы сообщения жертв подтверждались кем-то еще.

В 1983 г. канадские законы, наказывающие за изнасилование, были изменены; в частности, было

удалено требование о том, чтобы сообщения об изнасиловании обязательно подтверждались кем-то помимо жертвы. Тем не менее, оценка показала, что обвинители склонны игнорировать эту поправку и что лишь немногие дела поступают в суд без судебных свидетельств (203).

Некоторые страны Азии, включая Филиппины, недавно приняли законы, радикально изменившие определение изнасилования и предписывающие государственную помощь жертвам. Результатом было существенное увеличение сообщений о случаях изнасилования. Но чтобы реформированное законодательство было эффективным, должны также проводиться кампании по информированию широкой общественности о ее юридических правах.

Чтобы гарантировать рассмотрение судом только той информации, которая относится к делу, Международный уголовный трибунал по бывшей Югославии разработал несколько правил, которые могут быть полезны и для обеспечения эффективности законов в других случаях. Правило 96 Трибунала гласит, что в случае сексуального нападения нет необходимости подтверждать свидетельство жертвы, и что предыдущий сексуальный опыт жертвы не должен раскрываться и служить свидетельством. Бывает, что обвиняемый в изнасиловании заявляет, что жертва сама была согласна. Правило постановляет, что согласие жертвы нельзя принимать к рассмотрению, если ей (ему) угрожали физическим или психологическим насилием, задерживали или она (он) имела причину бояться такого насилия или задержания. Более того, согласие жертвы не учитывается, если жертва имела причину полагать, что если она (он) не подчинится, то насилие будет угрожать другому человеку. Даже если иск обвиняемого о согласии жертвы принят судом, обвиняемый должен сначала доказать суду, что свидетельства, которые у него есть, относятся к делу и заслуживают доверия, прежде чем представить эти свидетельства.

Во многих странах судьи выносят слишком мягкие приговоры по делам о сексуальном насилии (204, 205). Чтобы избежать этого, можно ввести минимальное наказание по делу об изнасиловании, которое будет применяться всегда, если не было смягчающих обстоятельств.

Международные договоры

Международные договоры важны, поскольку они устанавливают стандарты для национального зако-

нодательства и помогают местным группам осуществлять кампании в пользу юридических реформ.

Среди договоров, которые касаются сексуального насилия и его предупреждения:

- Конвенция по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979);
- Конвенция о правах ребенка (1982) и ее факультативный протокол, касающийся продажи детей, детской проституции и детской порнографии (2000);
- Конвенция по борьбе с транснациональной организованной преступностью (2000) и ее дополнительный протокол по предупреждению и пресечению торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказанию за нее (2000);
- Конвенция против пыток и других жестоких, нечеловеческих или унижающих видов обращения или наказания (1984).

Ряд других международных соглашений устанавливают нормы и пределы поведения, включая поведение при конфликтах. Они делают необходимым введение аналогичных положений в национальном законодательстве. Римский статут Международного уголовного суда (1998), например, охватывает широкий спектр гендерных преступлений, включая изнасилование, сексуальное рабство, принудительную проституцию, вынужденную беременность и вынужденную стерилизацию. Кроме того, в нем говорится о некоторых формах сексуального насилия, которые нарушают Женевские конвенции 1949 г., а также о других формах сексуального насилия, которые сопоставимы по тяжести с преступлениями против человечества. Включение гендерных преступлений в определение статута является важным шагом в развитии международного права (206).

Действия по предупреждению других форм сексуального насилия **Торговля женщинами и девушками для сексуальной эксплуатации**

Для предупреждения торговли людьми в сексуальных целях обычно принимаются следующие меры:

- создание экономических программ в некоторых странах для женщин, подвергающихся риску быть проданными;
- повышение информированности женщин, подвергающихся потенциальному риску, так чтобы они знали об опасности торговли.

Кроме того, некоторые правительственные программы и неправительственные организации оказывают помощь жертвам такой торговли (207). На Кипре министерство по делам иностранцев и иммиграции проводит работу с женщинами, приезжающими в страну работать в сфере развлечений и домашних услуг. Министерство информирует женщин об их правах и обязанностях и имеющихся в наличии формах защиты от жестокого обращения, эксплуатации и вовлечении в проституцию. В Европейском союзе и США жертвы «сексуальной торговли», желающие обратиться в правоохранительные органы с целью судебного преследования торговцев, могут получить временное разрешение на проживание. В Бельгии и Италии созданы убежища для жертв торговли. В Мумбай (Индия) был учрежден центр против торговли людьми для облегчения ареста и судебного преследования виновных, для оказания помощи проданным женщинам и обеспечения их необходимой информацией.

Увечье женских половых органов

К обычаям, которые являются сексуально насильственными, нужно относиться с пониманием их социального, культурного и экономического контекста. Хафаги считает (208), что обычаи нанесения увечий женских половых органов следует рассматривать с точки зрения тех, кто их исполняет, и что понимание этих обычаев нужно использовать, разрабатывая подходящие культурные меры, направленные на их изменение. В области Капчорва в Уганде программе «REACH» удалось снизить уровень увечий женских половых органов. Программа, проводимая «Sabiny Elders' Association», постаралась заручиться поддержкой старейшин общин, пытаясь отделить сам обычай увечить женские половые органы от тех культурных ценностей, которые он символизирует. Обычай был замещен другими видами деятельности, в которых сохранилась оригинальная культурная традиция (209). Вставка 6.4 описывает другую программу по предупреждению увечья женских половых органов, которая проводилась в Египте.

Принуждение детей к вступлению в брак

«Детские» браки имеют культурное обоснование и часто разрешены законом, так что добиться здесь изменений трудно. Просто объявить их вне закона недостаточно для того, чтобы помешать исполнению обычая. Во многих странах регистрация рождений настолько неупорядочена, что возраст при вступле-

нии в брак может быть просто неизвестен (100). Добиться положительного результата здесь можно путем борьбы с бедностью (а это важный фактор, лежащий в основе многих таких браков), улучшением образования, информированием о негативных последствиях для здоровья ранних родов и подчеркиванием прав детей.

Изнасилование во время вооруженных конфликтов

Вопрос сексуального насилия при вооруженных конфликтах недавно был выдвинут на первый план таки-

ми организациями, как «Ассоциация вдов геноцида» (AVEGA) и «Форум африканских женщин — борцов за образование». Первая организация работает в Руанде, оказывая поддержку женщинам, ставшим вдовами в результате войны, и жертвам изнасилования, а последняя предоставляет медицинский уход и консультации жертвам в Сьерра-Леоне (210).

В 1995 г. Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев выпустило руководство по предупреждению сексуального насилия среди беженцев и реагированию на него (211). Это руководство включает следующие положения:

ВСТАВКА 6.4

Прекращение увечья женских половых органов в Египте

Увечье женских половых органов чрезвычайно распространено среди замужних женщин в Египте. Демографический и медицинский обзор 1995 г. выявил, что возрастная группа, в которой чаще всего применяется этот обычай — от 9 до 13 лет. Примерно половина тех, кто выполнял женское обрезание — врачи, а 32% — акушерки или медсестры. Социологическое исследование обнаружило, что главными причинами практики женского обрезания были соблюдение традиции, контролирование сексуального желания женщин, забота о «чистоте и целомудренности» женщин и, что самое важное, возможность выдать их замуж.

Для выполнения решений Международной конференции по населению и развитию, состоявшейся в Каире в 1994 г., было создано движение против увечья женских половых органов, охватившее несколько сфер деятельности.

В качестве ответа со стороны чиновников и врачей Египетское общество акушеров и гинекологов и Египетское общество по репродуктивному здоровью приняли в 1998 г. совместное заявление, в котором декларировали, что увечье женских половых органов не только бесполезно, но и вредно, а поведение врачей, занимающихся этим, неэтично. Министерство здравоохранения и населения также издало декрет, запрещающий кому бы то ни было увечить женские половые органы.

Религиозные лидеры исламского мира также выразили свое несогласие с этим обычаем. Великий Муфтий выступил с заявлением, в котором отметил, что в Коране нет никакого упоминания о женском обрезании, и что поговорки на эту тему (hadith), приписываемые пророку Магомеду, не подтверждены явными доказательствами. Более того, в 1998 г. Конференция по населению и репродуктивному здоровью в мусульманском мире приняла рекомендацию, призывающую все мусульманские страны положить конец всем формам насилия против женщин, напомнив, что в мусульманском законе (шариате) нет требований обрезания девушек.

Египетские неправительственные организации распространяют информацию о вреде увечья женских половых органов и включают ее в программы развития общин, медицинские и другие программы. Для борьбы с этим обычаем задействовано около 60 неправительственных организаций.

Некоторые неправительственные организации, особенно те, которые работают через лидеров мужской части общин, сейчас активно привлекают мужчин, информируя их об опасности увечья женских половых органов. Молодых мужчин поощряют заявлять, что они женятся на женщинах, не имеющих обрезания.

В Верхнем Египте есть программа, предназначенная для лидеров общин, религиозных лидеров и специалистов в разных областях, которая обучает их, как организовывать кампании против увечья женских половых органов. Предлагаются консультации для семей, решивших не делать обрезания своим дочерям, и проводится работа с врачами и медсестрами, чтобы отговорить их от исполнения этого обычая.

- способы планирования лагерей, которые снижают риск насилия;
- документация случаев насилия;
- обучение персонала в лагерях определению сексуального насилия, реагированию на него и его предупреждению;
- медицинский уход и другая помощь, включая меры, которые позволят жертвам избежать дальнейших травм.

В руководстве также говорится о проведении кампаний по информированию общества, об образовательной деятельности и учреждении женских групп, которые будут сообщать о насилии и реагировать на него.

Основываясь на работе в Гвинее (212) и Объединенной Республике Танзания (96) Международный комитет по спасению разработал программу по борьбе с сексуальным насилием в общинах беженцев. Она оценивает распространенность сексуального и гендерного насилия в группах беженцев, проводит тренинги в общинах, нанимает работников общин для идентификации случаев насилия, создает системы предупреждения и разрабатывает правила для лидеров общин и чиновников, чтобы преследовать в судебном порядке виновных в сексуальном насилии. Программу использовали против сексуального и гендерного насилия во многих странах, в том числе в Боснии и Герцеговине, в Демократической республике Конго, в Восточном Тиморе, Кении, Сьерра-Леоне и в бывшей Югославской республике Македонии.

Рекомендации

В большинстве стран мира сексуальным насилием как областью научных исследований обычно пренебрегают; тем не менее, очевидно, что это в значительной степени проблема охраны здоровья. Много работы еще нужно проделать как для понимания этого явления, так и для его предупреждения.

Увеличение исследований

Отсутствие согласованного определения сексуального насилия и малое количество данных, описывающих природу и степень этой проблемы во всем мире, способствовали тому, что она не стоит в повестке дня политиков и организаций-доноров. Необходимы дальнейшие научные исследования почти по каждому аспекту сексуального насилия, в том числе изучение:

- распространенности сексуального насилия в тех или иных странах, с использованием стандартных средств исследования для измерения сексуального принуждения;
- факторов риска как для жертв, так и для виновников сексуального насилия;
- медицинских и социальных последствий различных форм сексуального насилия;
- факторов, влияющие на восстановление здоровья после сексуального нападения;
- социального контекста различных форм сексуального насилия (включая сексуальную торговлю) и соотношения сексуального насилия и других форм насилия.

Определение эффективности мероприятий

Нужно также изучать, какие меры по предупреждению сексуального насилия, лечению и поддержке жертв более эффективны в тех или иных местах. Вот сферы, которым следует отдать приоритет:

- документация и оценка помощи, оказываемой пережившим насилие, и оценка работы с виновниками сексуального насилия;
- определение наиболее подходящих способов реагирования медицинского сектора на сексуальное насилие, в том числе изучение роли антиретровирусной терапии для предупреждения ВИЧ после изнасилования; при этом для разных мест рекомендуются различные основные наборы услуг в зависимости от объема доступных средств;
- определение психологической поддержки, которая подходит для разных мест и обстоятельств;
- оценка программ по предупреждению сексуального насилия, включая мероприятия, проводимые в общинах, особенно те, которые фокусируются на мужчинах, а также школьных программ;
- изучение влияния юридических реформ и уголовных наказаний.

Первичное предупреждение сексуального насилия

Первичному предупреждению сексуального насилия уделялось мало внимания, т.к. больше заботились об оказании помощи пережившим насилие. Поэтому политики, исследователи, доноры и не-

правительственные организации должны уделять гораздо больше внимания этой важной области.

Приоритетом должно стать:

- первичное предотвращение всех форм сексуального насилия благодаря программам, проводимым в общинах, школах и лагерях беженцев;
- поддержка мероприятий, учитывающих культурные традиции, и работа в группах для изменения отношения людей к насилию и их поведения;
- программы, направленные на предупреждение сексуального насилия в более широком контексте обеспечения гендерного равенства;
- программы, учитывающие некоторые скрытые социоэкономические причины насилия (бедность, отсутствие образования), например предоставляющие работу молодым людям;
- программы по улучшению воспитания детей, снижению уязвимости женщин и созданию мужского образа, который больше отражает идею гендерного равенства.

Борьба с сексуальным насилием внутри медицинского сектора

Сексуальное насилие над больными в медицинских учреждениях существует повсюду, но обычно не признается проблемой. Чтобы попытаться решить эту проблему, нужно предпринять следующие шаги (83, 85):

- ввести темы гендерного и сексуального насилия, включая вопросы врачебной этики, в учебные планы по основной подготовке врачей, медсестер и других медицинских работников и по их усовершенствованию;
- активно искать способы определения и исследования возможных случаев жестокого обращения с пациентами внутри медицинских учреждений;
- использовать международные организации врачей и медсестер и неправительственные организации (включая женские) для отслеживания и сбора данных о жестоком обращении; проводить кампании на уровне правительства и медицинских учреждений;
- принять правила и процедуры подачи жалоб, а также строгие дисциплинарные меры для медицинских работников, которые жестоко обращаются с больными в учреждениях.

Заключение

Сексуальное насилие является распространенной и серьезной проблемой охраны здоровья, которая оказывает действие на миллионы людей во всем мире. Ею управляют многие факторы, действующие в ряде социальных, культурных и экономических контекстов. В центре сексуального насилия, направленного против женщин, стоит гендерное неравенство.

Во многих странах данные по большинству аспектов сексуального насилия отсутствуют, и повсюду существует настоятельная необходимость их научного исследования. Такого же внимания заслуживают и меры по борьбе с сексуальным насилием. Они могут быть разными, но главными являются первичное предупреждение сексуального насилия против женщин и мужчин, поддержка жертв сексуального нападения, меры, увеличивающие вероятность поимки и наказания виновников изнасилования, а также изменение социальных норм и повышение статуса женщин. Жизненно важно разрабатывать меры, подходящие для бедных стран, и строго оценивать эффективность программ как в индустриальных, так и в развивающихся странах.

Специалисты-медики должны играть большую роль в поддержке жертв сексуального нападения — с медицинской и психологической точки зрения — и собирать доказательства в помощь судебному обвинению. Система здравоохранения работает значительно эффективнее в тех странах, где существуют руководства по управлению случаями насилия и по сбору доказательств, где персонал хорошо обучен и налажено сотрудничество с правоохранительными органами. В конечном счете, чтобы прекратить сексуальное насилие, требуется активная работа с участием правительства и гражданского общества, а также координированная реакция на насилие в целом ряде секторов.

Библиография

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. *Candies in bell: domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå, Umeå University, 1997.
3. Mooney J. *The bidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733–744.

5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417–425.
10. McCauley J et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451–457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903–907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59–65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746–1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women *AIDS Care*, 1999, 11:3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. В книге: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363–379.
28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4)
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625–629.

30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes)
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Geneva, International Labour Organization, 1998 (World of Work, No. 26)
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview *Social Science and Medicine* (в печати)
35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781)
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265–269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
40. GranadosShiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: an analysis from the gender perspective.]* Nuevo Leon, Asociacion Mexicana de Poblacion, Colegio de Mexico, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967–1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple. [Domination and violence against women in the couple.]* Lausanne, Payot-Editions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and nonmarital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257–276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995–1996. [Puerto Rico: reproductive health survey 1995–1996.]* San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a populationbased study in a primary healthcare district *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247–253.
50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland* Helsinki, Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society* Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkcaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66–75.
53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No.11)
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, praticas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA. [A KAP study in schools: knowledge, attitudes, practices and behaviour regarding sexual and reproductive health during an AIDS era.]* Maputo, Geracao Biz and Ministry of Youth and Sport, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.

57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12–18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
59. *Adolescents*. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi, The Population Council, 1998.
60. Halcon L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minneapolis, MN, University of Minnesota and Pan American Health Organization, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1–10.
62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault* Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392)
63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report*. Geneva, World Organization Against Torture, 1999.
66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation*. Geneva, International Organization for Migration, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. В книге: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998*. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú*. [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru.] Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sexrelated contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetriciangynecologists *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision)* Cairo, Star Press, 2000.
81. *Human rights are women's rights*. London, Amnesty International, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
83. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681–1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.

87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.
89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243–253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir: a crime of war*. New York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1–3.
95. Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study*. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1–8.
99. *Early marriage: whose right to choose?* London, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls*. New Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women: the legal system and institutional responses*. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. В книге: *1997 Demographic yearbook*, 49th ed. New York, NY, United Nations Statistics Division, 1999.
104. Heise L, Pitangy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255)
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145–159.
109. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (в печати)
112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423–1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37–43.
114. Faune MA. Centroamerica: los costos de la guerra y la paz. [Central America: the costs of war and of peace.] *Perspectivas*, 1997, 8:14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research. New York, NY, Population Council, 1995.
117. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8)
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. В книге: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1993:377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899–1905.

120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. В книге: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews. Vol. 5. Addictive behaviors in women* Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26–91.
125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
127. Malamuth N Met al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670–681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355–362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276–282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea В книге: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, DC, International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197–248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. London, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report)
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995 *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
139. Wood K, Jewkes R. «Dangerous» love: reflections on violence among Xhosa township youth. В книге: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa* Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657–671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237–250.
142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231–244.
143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang, Women's Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women* Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: nonconsensual sex in marriage*. London, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5–27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.

150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socializacion y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] В книге: Ramos CG, ed. *America Central en los noventa: problemas de juventud [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. В книге: Antrobus P et al, eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, DC, Panos Institute, 1994:6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36:167–174.
155. *Evaluacion de proyecto para educacion, capacitacion y atencion a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990. [An evaluation of a project to provide education, training and care for women and minors affected by sexual violence, January–December 1990.]* Mexico City, Asociacion Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de informacion basica para la atencion solidaria y feminista a mujeres violadas. [Basic information file for mutually supportive feminist care for women rape victims.]* Mexico City, Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194–200.
166. Tarrrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America: a report to the nation*. Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839–855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. В книге: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.

177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948–955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl 17):29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226–1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview В книге: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. London, Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44:9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men* Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283–289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of postsexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (в печати)
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.08)
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994 *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929–933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451–1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641–645.
198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46–54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
201. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42–47.
203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109–1136.
204. *Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action*. New York, NY, Women, Peace and Development, United Nations, 2000 (Outcome Document, United Nations General Assembly Special Session, Women 2000: Beijing Plus Five)

205. *Reproductive rights 2000: moving forward*. New York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65–85.
207. Coomaraswamy R. *Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women*. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 2000 (Report of the Special Rapporteur on violence against women)
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt *Development*, 2001, 44:74–78.
209. *Reproductive health effects of gender-based violence*. New York, NY, United Nations Population Fund, 1998 (доступен в Интернете на <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>.) (Annual Report 1998: programme priorities)
210. *Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women*. London, Amnesty International, 2000.
211. *Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.

ГЛАВА 7

Насилие, направленное против собственной жизни и здоровья

Предварительные сведения

В 2000 г. во всем мире примерно 815 000 человек покончило с собой. Это дает ежегодный уровень смертности по всему миру около 14,5 случаев на 100 000 человек или одно самоубийство каждые 40 секунд. Самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире (см. Статистическое приложение). А среди тех, кому от 15 до 44 лет, нанесение себе повреждений — четвертая по значимости причина смерти и шестая — плохого здоровья и потери трудоспособности (1).

Смерть в результате суицида является только частью этой очень серьезной проблемы. Кроме того, множество людей пытаются покончить с жизнью или нанести себе ущерб, часто довольно серьезный, который требует медицинской помощи (2). Более того, каждый человек, убивающий себя, оставляет семью и друзей, на чьи жизни его поступок влияет эмоционально, социально и экономически. Экономический ущерб от суицида и телесных повреждений, наносимых человеком самому себе, как установлено, составляет миллиарды американских долларов ежегодно (3).

Определение суицида

Суицидальное поведение можно разделить на следующие этапы: просто мысли о том, чтобы покончить с жизнью; разработка плана, как совершить самоубийство; добыча средств для его осуществления; попытки самоубийства; наконец, выполнение этого акта («завершенное самоубийство»).

Само слово «самоубийство» показывает его прямую связь с насилием и агрессивностью. По-видимому, сэр Томас Браун первым употребил слово «суицид» в своей работе «Religio medici» («Религия врача») (1642 г.). Врач и философ Браун образовал слово от латинского *sui* (себя) и *caedere* (убивать). Новый термин отразил необходимость различия между самоубийством и убийством другого человека (4).

Хорошо известно определение суицида, данное Шнейдманом в Британской энциклопедии (издание 1973 г.): «совершаемый человеком акт прекращения своей собственной жизни» (5). Конечно, в любом определении суицида намерение умереть является ключевым элементом. Однако часто чрезвычайно трудно реконструировать мысли людей, совершающих самоубийство, если они не сделали ясного заявления перед смертью о своих намерениях или не оставили записки. Не все те, кто выжил после попытки самоубийства, намере-

вались остаться жить, и не всегда попытки самоубийства планируются. Поэтому установить связь между намерением и исходом бывает трудно. В законодательствах многих стран смерть квалифицируется как суицид, если обстоятельства смерти этому не противоречат и если можно исключить убийство, смерть в результате несчастного случая и смерть по естественным причинам.

Существуют большие разногласия относительно того, какая терминология больше подходит для описания суицидального поведения. Недавно для суицидальных актов, приводящих к смерти, был предложен термин «фатальное суицидальное поведение» (т.е. акцент делается на результате попытки самоубийства), а для суицидальных действий, не приводящих к смерти — «нефатальное суицидальное поведение» (6). Последние действия часто называют «суицидальная попытка» (термин широко распространен в США), «парасуицид» и «преднамеренное нанесение себе увечий» (эти термины обычно применяются в Европе).

Термин «суицидальная идеация» часто используется в специальной литературе и относится к мыслям о самоубийстве, которые могут иметь различную степень интенсивности и тщательности разработки. Этот термин относят также к чувству усталости от жизни, неверию в то, что стоит жить, и желанию не просыпаться (7, 8). Хотя эти чувства — или идеации — имеют разную степень тяжести, они не обязательно развиваются последовательно по нарастающей. А намерение умереть не является необходимым условием нефатального суицидального поведения.

Другой широко распространенной формой насилия, направленного на себя, является нанесение себе увечий. Это прямое и преднамеренное уничтожение или деформация частей тела без сознательного суицидального намерения. Фавацца (9) предложил три основные категории:

- серьезное нанесение себе увечий — включая ослепление, ампутацию пальцев, кистей рук, предплечий, ног, стоп или гениталий;
- стереотипное нанесение себе увечий — когда бьются головой обо что-либо, кусают себя, бьют себя по рукам, выкалывают глаза, прокалывают горло или выдергивают волосы;
- нанесение себе увечий от слабой до средней степени тяжести — когда режут, царапают или обжигают кожу, втыкают иглы в кожу или полностью выдирают волосы.

На нанесение себе увечий влияют совсем не те факторы, что на суицидальное поведение; поэтому далее оно не будет здесь обсуждаться. Обширный обзор нанесения себе увечий см. в работе Фавацца (9).

Масштабы проблемы Суицидальное поведение с летальным исходом

Уровень самоубийств в разных странах сильно различается (см. табл. 7.1). Согласно данным, известным Всемирной организации здравоохранения, уровень самоубийств выше всего в восточно-европейских странах (например, Белоруссия — 41,5 случаев на 100 000 человек, Эстония — 37,9 на 100 000, Литва — 51,6 на 100 000 и Российская Федерация — 43,2 на 100 000). Высокий уровень самоубийств обнаружен также на Шри-Ланке — 37 случаев на 100 000 человек в 1996 г. (данные регионального офиса ВОЗ по Юго-Восточной Азии) (10). Низкий уровень наблюдается в основном в Латинской Америке (4,5 на 100 000 в Колумбии и 4,2 на 100 000 в Парагвае) и в некоторых странах Азии (например, на Филиппинах — 2,1 на 100 000 и в Таиланде — 5,6 на 100 000). В других странах Европы, в Северной Америке и в некоторых регионах Азии и Тихого океана уровень колеблется между этими крайними показателями (например, Австралия — 17,9 на 100 000, Бельгия — 24,0 на 100 000, Канада — 15,0 на 100 000, Финляндия — 28,4 на 100 000, Франция — 20,0 на 100 000, Германия — 14,3 на 100 000, Япония — 19,5 на 100 000, Швейцария — 22,5 на

ТАБЛИЦА 7.1

Последние доступные данные об уровне самоубийств в странах, скорректированные по возрасту^a

Страна или территория	Год	Общее число самоубийств	Количество самоубийств на 100 000 человек			
			Всего	Мужчины	Женщины	Соотношение мужчины/женщины
Албания	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Аргентина	1996	2245	8,7	14,2	3,9	3,6
Армения	1999	67	2,3	3,6	^b	^b
Австралия	1998	2633	17,9	28,9	7,0	4,1
Австрия	1999	1555	20,9	32,7	10,2	3,2
Азербайджан	1999	54	1,1	1,7	^b	^b
Беларусь	1999	3408	41,5	76,5	11,3	6,7
Бельгия	1995	2155	24,0	36,3	12,7	2,9
Босния и Герцеговина	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Бразилия	1995	6584	6,3	10,3	2,5	4,1
Болгария	1999	1307	16,4	26,2	7,7	3,4
Канада	1997	3681	15,0	24,1	6,1	3,9
Чили	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
Китай						
ОАР Гонконг	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Некоторые сельские и городские территории	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Колумбия	1995	1172	4,5	7,4	1,8	4,1
Коста-Рика	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Хорватия	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Куба	1997	2029	23,0	32,1	14,2	2,3
Чешская республика	1999	1610	17,5	30,1	6,3	4,8
Дания	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Эквадор	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
Сальвадор		429	11,2	16,3	6,8	2,4
Эстония	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Финляндия	1998	1228	28,4	45,8	11,7	3,9
Франция	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Грузия	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Германия	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Греция	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Венгрия	1999	3328	36,1	61,5	14,4	4,3
Ирландия	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Израиль	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Италия	1997	4694	8,4	13,4	3,8	3,5
Япония	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Казахстан	1999	4004	37,4	67,3	11,6	5,8
Кувейт	1999	47	2,0	2,2	^b	^b
Киргизстан	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Латвия	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Литва	1999	1552	51,6	93,0	15,0	6,2
Маврикий	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
Мексика	1997	3369	5,1	9,1	1,4	6,3
Нидерланды	1999	1517	11,0	15,2	7,1	2,1
Новая Зеландия	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Никарагуа	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Норвегия	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Панама						
(исключая зону Канала)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Парагвай	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Филиппины	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Польша	1995	5499	17,9	31,0	5,6	5,5
Португалия	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Пуэрто-Рико	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Республика Корея	1997	6024	17,1	25,3	10,1	2,5
Республика Молдова	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Румыния	1999	2736	14,3	24,6	4,8	5,1
Российская Федерация	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Сингапур	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Словакия	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Словения	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
Испания	1998	3261	8,7	14,2	3,8	3,8
Швеция	1996	1253	15,9	22,9	9,2	2,5
Швейцария	1996	1431	22,5	33,7	12,3	2,7
Таджикистан	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Таиланд	1994	2333	5,6	8,0	3,3	2,4
Бывшая Югославская Республика Македония	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Тринидад и Тобаго	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8

ТАБЛИЦА 7.1 (продолжение)

Страна или территория	Год	Общее число самоубийств	Количество самоубийств на 100 000 человек			Соотношение мужчины/женщины
			Всего	Мужчины	Женщины	
Туркменистан	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Украина	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Великобритания	1999	4448	9,2	14,6	3,9	3,8
Англия и Уэльс	1999	3690	8,5	13,4	3,6	3,7
Северная Ирландия	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
Шотландия	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
США	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Уругвай	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Узбекистан	1998	1620	10,6	17,2	4,4	3,9
Венесуэла	1994	1089	8,1	13,7	2,7	5,0

ОАР — Особый административный район.

^a Данные последнего доступного года в промежутке между 1990 и 2000 г. для стран с населением ≥ 1 млн человек.

^b Зафиксировано меньше 20 самоубийств; уровень самоубийств женщин и соотношение «мужчины/женщины» не рассчитывались.

100 000 и США — 13,9 на 100 000). К сожалению, информации о суицидах в странах Африки мало (11).

Две страны, Финляндия и Швеция, имеют данные об уровне самоубийств начиная с 18 столетия, и в обеих с течением времени отмечается повышение уровня самоубийств (12). В течение 20 в. Финляндия, Ирландия, Нидерланды, Норвегия, Шотландия, Испания и Швеция пережили значительное повышение уровня суицидов, тогда как в Англии и Уэльсе (в совокупности), Италии и Новой Зеландии он значительно снизился. В Австралии не было отмечено большого изменения (12). В 1960–1990 годы уровень самоубийств повысился по крайней мере в 28 странах или территориях, включая Болгарию, Китай (провинция Тайвань), Коста-Рику, Маврикий и Сингапур, тогда как в 8, включая Австралию и Англию и Уэльс (в совокупности), он снизился (12).

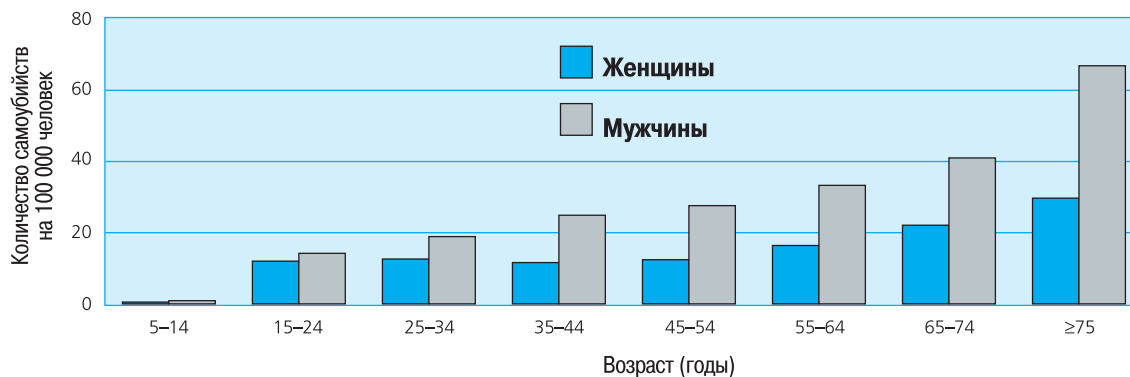
Уровень самоубийств неравномерен среди населения. Один из важных демографических «маркеров» суицидального риска — возраст. Во всем мире уровень самоубийств имеет тенденцию повышаться с возрастом, хотя некоторые страны, такие как Канада, недавно продемонстрировали пик самоубийств также среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Рисунок 7.1 показывает уровень самоубийств в мире по половозрастным группам, зафиксированный в 1995 г. Уровень варьировал от 0,9 случаев на 100 000 человек в возрастной группе 5–14 лет до 66,9 случаев на 100 000 среди людей в возрасте 75 лет и старше. Вообще, уровень самоубийств среди людей в возрасте 75 лет и старше

приблизительно в три раза выше, чем среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эта тенденция характерна для обоих полов, но более ярко выражена у мужчин. Уровень самоубийств женщин представлен разными моделями. В некоторых случаях он постепенно повышается с возрастом, в других достигает пика в среднем возрасте, а в третьих (это особенно касается развивающихся стран и групп меньшинств) больше всего самоубийств совершают молодые женщины (13).

Хотя уровень самоубийств обычно выше среди пожилых людей, количество самоубийств в абсолютном выражении, как показывает демографическое распределение, больше среди людей до 45 лет (см. табл. 7.2). Раньше, 50 лет назад, количество случаев суицида в абсолютном выражении резко повышалось с возрастом; в последние же годы произошли большие изменения. Они не объясняются общим старением населения в мире; наоборот, фактически это идет против демографической тенденции. В настоящее время уровень суицидов уже выше среди людей до 45 лет, чем среди более пожилых, приблизительно на 1/3 во всех странах. Этот феномен существует на всех континентах и не зависит от уровня индустриализации и богатства страны. Страны и территории, в которых уровень самоубийств (а также их абсолютное число) выше среди людей моложе 45 лет — это Австралия, Бахрейн, Канада, Колумбия, Эквадор, Гвиана, Кувейт, Маврикий, Новая Зеландия, Шри-Ланка и Великобритания. Уровень самоубийств среди молодежи особенно высок на некоторых тихоокеанских островах, таких как Фиджи (среди этнических индусов) и Самоа, как среди мужчин, так и среди женщин (14).

Пол, культура, раса и этническая принадлежность также являются важными факторами распространенности самоубийств. Уровень самоубийств среди мужчин выше, чем среди женщин. Соотношение уровней самоубийств среди мужчин и женщин колеблется от 1,0:1 до 10,4:1 (см. табл. 7.1). Вероятно, на это соотношение отчасти

РИСУНОК 7.1

Уровень самоубийств в мире по половозрастным группам в 1995 г.^а

влияет культурный контекст. Оно относительно низко в Азии (например, 1,0:1 в Китае, 1,6:1 на Филиппинах, 1,5:1 в Сингапуре), высоко в некоторых странах бывшего Советского Союза (6,7:1 в Беларуси, 6,2:1 в Литве) и очень высоко в Чили (8,1:1) и Пуэрто-Рико (10,4:1). В среднем, по-видимому, на каждое женское самоубийство приходится 3 мужских, и это более или менее постоянный показатель для всех возрастных групп кроме очень пожилого возраста, где это соотношение еще выше. Вообще говоря, различие между полами в отношении самоубийств меньше в азиатских странах (15), чем где-либо в другом месте мира. Сильные различия в уровне самоубийств между странами и половозрастными группами показывают, как важно для каждой страны отслеживать тенденции в динамике самоубийств и определять группы населения с самым большим риском суицида.

Внутри стран распространенность суицидов среди населения, относящегося к белой расе, приблизительно вдвое выше, чем среди других рас, хотя в США недавно сообщалось об увеличивающемся уровне самоубийств среди афроамериканцев (2). Более высокая распространенность суицидов среди белых отмечается также в ЮАР и Зимбабве (16). Исключения из этого правила обнаружены в бывших советских республиках Армении, Азербайджане и Грузии (17).

Принадлежность к одной и той же этнической группе, по-видимому, дает близкий уро-

вень самоубийств. Интересный пример этого показывают Эстония, Финляндия и Венгрия, которые все имеют очень высокий уровень самоубийств, несмотря на то, что Венгрия географически расположена довольно далеко от Эстонии и Финляндии. Напротив, разные этнические группы — даже если они живут в одном и том же месте — могут иметь очень несходные уровни суицидов. В Сингапуре, например, среди этнических китайцев и индусов уровень самоубийств гораздо выше, чем среди этнических малайцев (18).

Уровень самоубийств часто выше среди коренного населения стран, например среди аборигенов в Австралии (19), коренного населения в провинции Тайвань в Китае (20) и среди индейцев в Северной Америке (21) (см. вставку 7.1).

Осторожность при использовании данных о самоубийствах

Способы фиксации смерти в результате самоубийства значительно различаются в разных странах, чрезвычайно затрудняя сравнение уровня самоубийств. Даже в странах, разработавших стандартные критерии, например в Австралии, способ применения этих критериев может быть разным (24).

ТАБЛИЦА 7.2

Уровень самоубийств по половозрастным группам^а

	Возраст (годы)								Всего
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Мужчины	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Женщины	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Всего	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

^а Основано на последних доступных данных, имеющихся в распоряжении Всемирной организации здравоохранения, в промежуток между 1990 и 2000 г.

ВСТАВКА 7.1**Самоубийства среди коренного населения в Австралии и Канаде**

За последние 20–30 лет уровень самоубийств чрезвычайно повысился среди коренного населения как Австралии, так и Канады. В Австралии самоубийства в племенах аборигенов и среди островитян пролива Торреса всегда считались очень необычным явлением. Примерно 25% этих племен проживает в штате Квинсленд. Общий уровень самоубийств в Квинсленде за период 1990–1995 г. составил 14,5 случаев на 100 000 человек, тогда как среди аборигенов и островитян пролива Торреса — 23,6 на 100 000.

Самоубийства совершают в основном аборигены – молодые мужчины. В Квинсленде 84% самоубийц-аборигенов были мужчины в возрасте от 15 до 34 лет, а уровень самоубийств мужчин-аборигенов в возрасте от 15 до 24 лет составил 112,5 случаев на 100 000 человек (22). Самый распространенный метод суицида среди них — повешение.

На арктическом севере Канады уровень самоубийств среди эскимосов по сообщениям разных исследователей составляет от 59,5 до 74,3 случаев на 100 000 человек по сравнению с 15,0 случаев на 100 000 среди всего населения. Молодые эскимосы-мужчины подвержены наивысшему риску самоубийств, и их уровень растет. Зафиксирован уровень 195 случаев на 100 000 человек в возрасте от 15 до 25 лет (23).

Были выдвинуты разные объяснения высокого уровня суицида и суицидального поведения среди коренного населения. Среди предполагаемых причин — огромный социальный и культурный беспорядок, созданный политикой колониализма и трудности, которые встречает коренное население, пытаясь приспособиться и интегрироваться в современное общество.

В Австралии племена аборигенов были объектом узаконенной расовой дискриминации еще в 1960-х годах. Когда эти законы, включая ограничение на продажу алкоголя, были отменены в 1970-е годы, быстрые социальные изменения в этих племенах, ранее угнетаемых, привели к нестабильности в общинах и семьях. Эта нестабильность продолжается до сих пор, выражаясь в высоком уровне преступности, арестов и заключений в тюрьму, в насилии и несчастных случаях, алкогольной зависимости и злоупотреблении веществами, а также в уровне убийств, который в 10 раз выше общего по стране.

После того как в начале 19 в. в канадскую Арктику прибыли первые чужестранцы — китобои и торговцы пушниной — здесь распространились эпидемии, которые унесли десятки тысяч жизней и к 1900 г. уменьшили население на 2/3. К 1930-м годам торговля пушниной прекратилась, и Канада ввела в Арктике систему социального обеспечения. В 1940-е и 1950-е годы в Арктику прибыли миссионеры, которые пытались ассимилировать эскимосов. Усиленная добыча нефти, начавшаяся в 1959 г., способствовала еще большей социальной дезинтеграции.

Исследование канадских эскимосов нашло несколько факторов, которые, по-видимому, являются косвенными причинами самоубийств, в том числе:

- бедность;
- доступность огнестрельного оружия;
- злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость;
- проблемы со здоровьем у индивида или в семье;
- перенесенное в прошлом сексуальное или физическое жестокое обращение.

Как в Австралии, так и в Канаде делаются попытки бороться с суицидальными настроениями среди коренного населения. В Австралии национальная программа по предупреждению самоубийств среди молодежи включает специальные мероприятия для аборигенов. Они учитывают специфические нужды молодежи, происходящей из коренного населения, и проводятся в партнерстве с организациями, представляющими интересы коренных племен, например с Координационным советом по делам аборигенов.

Конструктивные меры по предупреждению самоубийств в канадской Арктике включают борьбу с кризисом, возрождение общин и самоуправление в местах проживания племен. 1 апреля 1999 г. была создана новая обширная территория Нунавут, где эскимосы обладают самоопределением и им возвращены некоторые их права и наследства.

Ошибочная оценка уровня самоубийств может иногда быть результатом урезания данных, которого требует правительство для публикации официальной статистики, и задержек в расследовании случаев. Например, в ОАР Гонконг (Китай) считается, что уровень самоубийств занижен на 5% и 18% только по этим причинам (25).

Внутри страны уровень самоубийств также может варьировать в зависимости от источника данных. Например, в Китае этот уровень находится в диапазоне от 18,3 случаев на 100 000 человек (данные, представленные во Всемирную организацию здравоохранения) до 22 случаев на 100 000 (данные министерства здравоохранения) и 30 случаев на 100 000 (статистика Китайской академии профилактической медицины) (26).

Данные о смертности от суицидов обычно ниже фактической распространенности суицидов среди населения. Такие данные поступают по цепочке информантов, включая тех, кто нашел тело (часто это члены семьи), врачей, полицейских, следователей и работников органов статистики. Все эти люди по ряду причин неохотно называют смерть самоубийством. По-видимому, это особенно характерно для мест, где религия и культура осуждают самоубийство. Тем не менее, Купер и Милрой (27) обнаружили, что и в некоторых районах Англии количество зарегистрированных самоубийств занижается на 40%. Суицид могут скрывать для того, чтобы избежать клейма позора для человека, который покончил с жизнью, или для его семьи. Кроме того, здесь могут иметь место социальные выгоды, политические причины, желание получить страховку или преднамеренная маскировка самоубийства (самим самоубийцей) под несчастный случай, например аварию на дороге. Суицид также неправильно классифицируют, записывая, что смерть наступила в результате неопределенной или естественной причины, например, когда люди — особенно престарелые — перестают принимать лекарства, поддерживающие их жизнь.

Суицид может быть нераспознан официально, когда наркоман принимает повышенную дозу, когда человек преднамеренно морит себя голодом (так называемая «суицидальная эрозия») (28), или когда он умирает через некоторое время после попытки самоубийства. В этих случаях, так же как в случае эвтаназии или ускорения смерти, официально записывают клиническую причину смерти. Занижение уровня самоубийств также связано с

возрастом, потому что самоубийства обычно более распространены среди пожилых людей. С учетом этих оговорок ранжированность стран по уровням самоубийств, возможно, неточна.

Суицидальное поведение и идеация, не имеющие летального исхода

Относительно немногие страны имеют надежные данные о числе самоубийств с нелетальным исходом; основная причина этого заключается в трудности сбора такой информации. Лишь немногие из тех, кто пытался совершить самоубийство, поступают в медицинские учреждения для обследования. Кроме того, во многих развивающихся странах попытка суицида остается наказуемым поступком, и поэтому больницы не регистрируют такие случаи. Более того, во многих местах о травмах не нужно сообщать и информация о них не собирается ни на каком уровне. На регистрацию случаев могут повлиять и другие факторы, такие как возраст, способ совершения попытки, культура и доступность медицинского ухода. В общем, распространенность попыток самоубийств в большинстве стран не слишком хорошо известна.

Некоторые данные показывают, что в среднем только 25% тех, кто совершил попытку самоубийства, контактируют с государственными больницами (возможно, одним из лучших мест для сбора данных) (29, 30), и эти случаи не являются самыми серьезными. Зарегистрированные случаи, таким образом, являются лишь верхушкой айсберга, а большинство людей с тенденцией к суициду остаются незамеченными (31). Некоторые учреждения, включая национальные центры по контролю и предотвращению телесных повреждений, отделы статистики и (в нескольких странах) правоохранительные органы, регистрируют самоубийства с нелетальным исходом, которые зафиксированы также медицинскими службами. Такие записи полезны для научных и превентивных целей, поскольку те, кто пытались совершить суицид, подвержены высокому риску самоубийства в дальнейшем, с летальным или нелетальным исходом. Чиновники здравоохранения также полагаются на больничные записи и исследования населения — в этих источниках часто есть данные, отсутствующие в статистике смертности.

Имеющиеся данные показывают, что суицидальное поведение с нелетальным исходом (как в про-

центном отношении к общей численности населения, так и в абсолютных цифрах) больше распространено среди молодых, чем среди пожилых людей. Соотношение летальных и нелетальных случаев у людей старше 65 лет обычно находится в пределах 1:2–3, тогда как у молодых до 25 лет это соотношение может достигать 1:100–200 (32, 33). Хотя суицидальное поведение реже встречается у пожилых, вероятность летального исхода у них гораздо выше (28, 34). В среднем попытки самоубийства в старости серьезнее в психологическом и медицинском отношении и «проваливаются» они только случайно. Кроме того, согласно общей тенденции уровень нелетального суицидального поведения в 2–3 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. Однако Финляндия является заметным исключением из этой модели (35).

Данные продолжающегося исследования нелетального суицидального поведения, проведенного методом поперечного анализа в 13 странах, показывают, что за период с 1989 по 1992 г. самый высокий средний стандартизированный по возрасту уровень попыток самоубийств среди мужчин был обнаружен в Хельсинки (Финляндия) (314 случаев на 100 000 человек), а самый низкий (45 на 100 000) — в Гипускоа (Испания), т.е. налицо разница в 7 раз (35). Среди женщин самый высокий средний стандартизированный по возрасту уровень был в Сержи-Понтуаз (Франция) (462 случая на 100 000 человек), а самый низкий (69 на 100 000) — опять-таки в Гипускоа. Женщины совершают больше попыток самоубийств, чем мужчины (исключение составляет только Хельсинки). В большинстве крупных городов самый высокий уровень найден среди молодых, а уровень среди людей в возрасте 55 лет и старше обычно самый низкий. Чаще всего для самоубийства используется отравление, за ним следуют ножевые ранения. Более чем у половины тех, кто пытался совершить самоубийство, это была уже не первая попытка. При этом почти 20% вторичных попыток были совершены в течение 12 месяцев после первой попытки.

Исследование методом продольного анализа в Норвегии, охватившее репрезентативную выборку приблизительно в 10 000 подростков в возрасте от 12 до 20 лет, обнаружило, что 8% подростков пытались совершить самоубийство хотя бы один раз в жизни, а 2,7% совершили такую попытку в течение 2-х лет, пока проводилось исследование. Анализ логистической регрессии данных показывает, что попытки самоубийства совершаются чаще теми,

кто уже однажды пытался покончить с жизнью, женщинами, подростками пубертатного возраста, лицами с суицидальной идеацией, теми, кто употребляет алкоголь, живет с одним родителем или имеет низкий уровень самооценки (36).

Суицидальное мышление более типично, чем попытки самоубийства и завершённый суицид (8). Однако степень распространенности такого мышления неизвестна. Согласно исследованиям подростков (особенно школьников средних школ), опубликованным после 1985 г., от 3,5 до 52,1% подростков имеют суицидальные мысли (31). Возможно, такое различие объясняется применением разных определений суицидального мышления и разными периодами, к которым относились исследования. Есть свидетельства, что женщины, включая пожилых, более склонны к мыслям о самоубийстве, чем мужчины (37). Вообще, распространенность суицидальной идеации среди пожилых обоих полов оценивается от 2,3% (для тех, у кого были мысли о самоубийстве в последние 2 недели) до 17% (для тех, кто когда-либо имел мысли о самоубийстве) (38). Однако по сравнению с другими формами суицидального поведения, например с попытками самоубийства, суицидальное мышление не может служить индикатором того, кто из подростков или взрослых больше нуждается в превентивной помощи.

Факторы риска суицидального поведения

В основе суицидального поведения лежит много причин. Факторы, которые ставят людей в ситуацию риска самоубийства, сложны и взаимно влияют друг на друга. Идентификация этих факторов и понимание их роли как в летальном, так и в нелетальном суицидальном поведении — основа для предупреждения суицидов. Эпидемиологи и эксперты в области суицида описали ряд характеристик, приводящих к повышенному риску суицидального поведения. Помимо демографических факторов — таких как уже упомянутые возраст и пол — можно назвать психиатрические, биологические, социальные, факторы окружающей среды, а также факторы, связанные с историей жизни индивида.

Психиатрические факторы

Многое из того, что известно о риске самоубийств, поступает из исследований, где опрашиваются родители, близкие родственники или друзья само-

убийцы, чтобы узнать, какие особые события происходили в его жизни и какие симптомы у него были в последние недели или месяцы перед смертью. Этот вид работы известен как «психологическая аутопсия». Исследования, применявшие этот метод, показали, что у многих взрослых, которые совершили суицид, были симптомы, наводящие на мысль о психическом заболевании, за месяцы или даже годы до смерти (39, 40).

Вот некоторые из основных психиатрических и психологических факторов, связанных с суицидом (91–98):

- выраженная депрессия;
- другие аффективные расстройства настроения, например, биполярное расстройство — заболевание, при котором периоды депрессии чередуются с периодами повышенного настроения (мании), причем эти периоды

могут длиться днями или даже месяцами;

- шизофрения;
- тревога и поведенческие и личностные расстройства;
- импульсивность;
- чувство беспомощности.

Депрессия играет важную роль в суициде и, как полагают, имеет место приблизительно в 65–90% всех случаев самоубийств психически больных (42). У пациентов с депрессией, риск, по-видимому, выше, когда они не следуют указаниям врача, считают себя неподдающимися лечению, или же врачи считают, что они не поддаются лечению (43) (см. вставку 7.2). Риск совершить самоубийство в течение жизни у лиц с сильной и биполярной депрессией равен приблизительно 12–15% (44–45), хотя последняя перепроверка данных показала, что этот уровень гораздо ниже (46).

ВСТАВКА 7.2

Депрессия и самоубийство

Депрессия — психическое расстройство, которое чаще всего ассоциируется с суицидом. Тревога — движущая сила процесса суицида — тесно переплетается с депрессией, и иногда эти два расстройства неразличимы. Исследование обнаружило, что до 80% людей, совершивших самоубийство, имели несколько депрессивных симптомов.

Люди всех возрастов могут испытывать депрессию. Однако труднее определить депрессию у мужчин, которые в любом случае обращаются за медицинской помощью реже, чем женщины. Депрессии у мужчин иногда предшествуют различные виды жестокого обращения и насилия, как внутри, так и вне семьи. Лечение депрессии у мужчин имеет большое значение, т.к. во многих культурах суицид в большей степени — мужская проблема.

Природа депрессии у детей и подростков обычно отличается от депрессии у взрослых. Молодые люди с депрессией больше склонны выражать ее во внешней активности — например, прогуливать занятия в школе, отказываться переходить из класса в класс, плохо вести себя, проявлять насилие и злоупотреблять алкоголем или наркотиками, а также больше спать и есть. В то же время депрессия у молодых людей часто сопровождается и отказом от еды и анорексией, особенно у девушек, но также и у мальчиков. Эти тяжелые нарушения питания повышают риск суицида.

Депрессия часто имеет физические проявления, особенно у пожилых людей. Например, у них могут появиться желудочные недомогания, головокружение, сердцебиение и боли в различных частях тела. Депрессия у пожилых может появляться в результате других заболеваний, таких как инсульт, инфаркт миокарда, рак, ревматизм, болезни Паркинсона и Альцгеймера.

Склонность к самоубийству можно снизить, если лечить депрессию и тревогу. Многие исследования подтвердили пользу антидепрессантов и различных форм психотерапии, особенно когнитивной поведенческой терапии. Оказание психологической поддержки престарелым, в том числе связь по телефону с социальными и медицинскими работниками, как было показано, также значительно снижает депрессию и число самоубийств среди людей пожилого возраста.

Шизофрения — другое психическое заболевание, сильно связанное с суицидом: риск самоубийства в течение жизни у больных шизофренией составляет примерно 10–12% (47). Этот риск особенно высок у молодых мужчин; у пациентов с ранними стадиями болезни, особенно тех, кто до начала болезни хорошо себя чувствовал психически и социально; у пациентов с хроническими рецидивами; у пациентов с опасностью «умственной дезинтеграции» (48).

Чувство безнадежности и беспомощности также увеличивает риск совершения суицида. Бек и др. (49), проводившие исследование методом продольного анализа в течение 10 лет в США, выделили ощущение безнадежности в качестве главного предвестника суицидального поведения. В этом исследовании отсутствие надежд наблюдалось у 91% субъектов, которые впоследствии совершили самоубийство.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками также играет важную роль в совершении самоубийств. В США по крайней мере у 1/4 всех самоубийц наблюдалось злоупотребление алкоголем (50). Риск совершения в течение жизни суицида у людей с алкогольной зависимостью не намного ниже, чем у страдающих депрессивными расстройствами (50). Между злоупотреблением алкоголем и депрессией существует множество связей, и часто трудно определить, какое заболевание является ведущим. Например:

- злоупотребление алкоголем может прямо вести к депрессии или косвенно через ощущение неудачливости, которое испытывают большинство людей с алкогольной зависимостью;

- злоупотребление алкоголем может быть формой самолечения для облегчения депрессии;

- как депрессия, так и злоупотребление алкоголем могут быть результатом стресса в жизни человека.

Заметим, что у страдающих депрессией самоубийства случаются относительно рано после начала болезни, особенно у тех, кому 30–40 лет, а у тех, кто страдает от алкогольной зависимости, самоубийства обычно происходят спустя годы после начала заболевания. Кроме того, они часто происходят на фоне других факторов: разрыва отношений, социальной маргинализации, бедности и физической деградации в результате хронического злоупотребления алкоголем. Полагают, что злоупотребление алкоголем и наркотиками в Азии

меньше влияет на суициды, чем где-либо еще. Согласно исследованию самоубийств среди подростков в ОАР Гонконг (Китай) только около 5% тех, кто совершил суицид, злоупотребляли алкоголем или наркотиками (51). Это предположение объясняет относительно низкий уровень самоубийств среди подростков, который обнаружен повсюду в Азии, кроме Китая.

Попытка самоубийства является одним из самых мощных предсказателей последующего суицидального поведения с летальным исходом (2). Риск выше в первый год (и особенно в первые 6 месяцев) после попытки. Примерно 1% тех, кто пытался покончить с собой, умирает в течение 1 года после этой попытки (52), а около 10% совершают повторную попытку, на этот раз с летальным исходом. Степень увеличения риска при имевшихся в прошлом попытках самоубийства, оценивается по-разному разными исследователями. Ганнелл и Френкел, например, сообщают о 20–30-кратном увеличении риска по сравнению с общей картиной для всего населения, что согласуется с другими сообщениями (53). Хотя наличие попытки самоубийства в прошлом повышает риск того, что человек совершит суицид, большинство тех, кто его совершает, ранее не делали таких попыток (24).

Биологические и медицинские индикаторы самоубийства

Самоубийства, имевшие место в семье в прошлом, являются признанным показателем повышенного риска суицида. Некоторые исследователи полагают, что может существовать генетическая черта, предрасполагающая некоторых людей к суицидальному поведению. В самом деле, данные о суицидах среди близнецов и усыновленных детей подтверждают возможную роль биологических факторов в суицидальном поведении. Исследование близнецов показало, что монозиготные близнецы, у которых 100% генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем дизиготные близнецы, у которых совпадают только 50% генов (54). Однако до сих пор не исследовались монозиготные близнецы, воспитывавшиеся отдельно — предпосылка методологически правильного исследования — и ни одно из исследований близнецов не учитывало психические заболевания. Возможно, наследуется психическое нарушение, а не генетическая пред-

расположенность к суицидальному поведению, и именно это психическое нарушение приводит к суицидальному поведению.

Исследование усыновленных детей показало, что те, кто совершил суицид, обычно имели биологических родственников, которые тоже совершили суицид (55). Эти суициды в основном не зависели от наличия психического расстройства, а были генетически обусловлены, или же эти факторы взаимно дополняли друг друга. Другие социальные факторы и факторы среды, вероятно, также взаимодействуют с опытом самоубийств в семье, увеличивая общий риск.

О существовании биологической базы суицида заставляют предположить также результаты исследований неврологических процессов, которые лежат в основе многих психических заболеваний, включая те, которые предрасполагают людей к суициду. Некоторые исследования, например, обнаружили изменение уровня метаболитов серотонина в спинномозговой жидкости взрослых психиатрических больных, совершивших самоубийство (56, 57). Серотонин является очень важным нейромедиатором, контролирующим настроение и агрессию. Низкий уровень серотонина и замедленная реакция на тесты, с помощью которых можно проследить его метаболизм, сохраняются, как было показано, некоторое время после заболевания (58, 59). Нарушение функций тех нейронов, которые содержат серотонин в прифронтальной коре головного мозга, может быть причиной снижения способности человека сопротивляться суицидальным импульсам (60, 61).

Самоубийство может быть также следствием тяжелого заболевания, особенно когда человек постоянно испытывает боль и теряет трудоспособность. По крайней мере 25% тех, кто совершает суицид, имеют физическое заболевание, а у стариков эта цифра может достигать до 80% (62). Более чем в 40% случаев физическое заболевание считается важным фактором суицидального поведения и мышления, особенно если существуют также расстройства настроения или депрессивные симптомы (63). Понятно, что перспектива невыносимого страдания и унижительной зависимости может заставить человека подумать о самоубийстве. Однако некоторые исследования показали, что люди, страдающие от физического заболевания, редко совершают самоубийство, если у них нет каких-либо сопутствующих психических симптомов (42).

Жизненные события как ускоряющие факторы

Некоторые жизненные события могут ускорять совершение самоубийства. Среди событий, которые некоторые исследования пытались связать с увеличением риска суицида — личные потери, межличностные конфликты, разрыв или нарушение взаимоотношений, проблемы с законом или на работе (64–67).

Потеря любимого — из-за развода, разлуки или смерти — может вызывать интенсивную депрессию, особенно если это был партнер или исключительно близкий человек. Межличностные конфликты дома, на работе или по месту учебы также могут вызывать чувство беспомощности и депрессию. Исследование свыше 16 000 подростков в Финляндии показало повышенную распространенность депрессий и тяжелого суицидального мышления как среди тех, кого запугивали в школе, так и среди тех, кто был виновником этого запугивания (68). Ретроспективное исследование, проведенное в Юго-Восточной Шотландии, учитывало возраст, пол и психические расстройства. Оно обнаружило, что межличностные конфликты могут приводить к самоубийству независимо от всех этих факторов (69). Изучив все случаи самоубийств за 2-летний период в Балларате (Австралия), исследователи обнаружили, что социальные и личные проблемы были причиной свыше 1/3 случаев (70). Исследование также указало на большую вероятность депрессий и попыток самоубийства среди жертв насилия со стороны интимных партнеров (71–74).

Опыт физического или сексуального жестокого обращения в детстве может увеличить риск суицида в подростковом возрасте и зрелости (75–77). Жертвы плохого сексуального обращения обычно ощущают унижение и стыд (2). Те, с кем жестоко обращались в детстве и в подростковом возрасте, потом часто чувствуют недоверие к своим партнерам и имеют трудности в поддержании межличностных отношений. Они испытывают постоянные сексуальные трудности и сильное чувство неадекватности и неполноценности. В Нидерландах была исследована связь между сексуальным жестоким обращением и суицидальным поведением у 1490 подростков-школьников и обнаружено, что у тех, с кем жестоко обращались, значительно чаще было суицидальное поведение и другие эмоциональные и поведенческие проблемы, чем у их одноклассни-

ков, не испытывавших такого обращения (78). В исследовании методом продольного анализа 375 человек в США, продолжающемся 17 лет, 11% сообщили о физическом или сексуальном жестоком обращении с ними в возрасте до 18 лет. Те из них, кому в момент исследования было от 15 до 21 года, чаще сообщали о суицидальном поведении, депрессии, тревоге, психических расстройствах и других эмоциональных и поведенческих проблемах, чем те, кто не испытал в детстве жестокого обращения (79).

Повышение риска суицида у подростков и молодых взрослых может быть также связано с сексуальной ориентацией (80, 81). Так, уровень самоубийств среди молодых геев и лесбиянок колеблется от 2,5 до 30% (82, 83). Факторы, которые могут способствовать самоубийствам и попыткам самоубийств в данном случае, включают дискриминацию, стресс в межличностных взаимоотношениях, наркотики и алкоголь, беспокойство о заболевании ВИЧ/СПИДом и ограниченные источники поддержки (84, 85).

С другой стороны, стабильные супружеские отношения являются, скорее всего, «защитным» фактором. Ответственность за воспитание детей — это дополнительный защитный элемент (86). Исследование связи между семейным положением и самоубийствами в западной культуре обнаруживает высокий уровень самоубийств среди одиноких или никогда не вступавших в брак людей, еще более высокий — среди тех, кто овдовел, и самый высокий — среди людей, которые разошлись или развелись (87, 88). Последний феномен характерен для мужчин, особенно в первые несколько месяцев после разлуки или развода (89).

Не обладают защитным эффектом только ранние браки (до 20 лет); вступившие в них люди имеют более высокий уровень суицидального поведения, чем их неженатые сверстники (90, 91). Кроме того, не во всех культурах брак является защитным фактором. Замужние женщины в Пакистане чаще совершают попытки самоубийства как с летальным, так и нелетальным исходом по сравнению с женатыми мужчинами и одинокими женщинами (92, 93). Это может происходить из-за того, что социальная, экономическая и юридическая дискриминация создает психологический стресс, predisполагающий этих женщин к суицидальному поведению (92). Среди замужних женщин старше 60 лет в ОАР Гонконг (Китай) число самоубийств

также больше по сравнению с вдовами и разведенными женщинами того же возраста (90).

Не только проблемы в межличностных отношениях могут увеличить риск суицидального поведения; фактором риска является также социальная изоляция. Социальная изоляция лежит в основе концепции Дюркгейма об «эгоистическом» и «аномическом» самоубийстве (94), оба типа связаны с идеей неадекватных социальных связей. Огромное количество литературы показывает, что индивиды, которые испытывают изоляцию в жизни, более уязвимы к суициду, чем те, кто имеет сильные связи с другими людьми (95–98). Например, после смерти любимой(ого) человек может предпринять попытку суицида, если близкие люди не предоставят ему достаточной поддержки в этот тяжелый период.

Марис (99) исследовал социальное поведение людей, которые пытались совершить самоубийство, людей, совершивших его, и людей, которые умерли по естественным причинам. Он обнаружил, что те, кто совершил суицид, меньше принимали участие в общественной жизни, у них часто не было друзей и постепенно снижалось количество межличностных отношений, приводя к полной социальной изоляции. Психологическая аутопсия, упоминавшаяся выше, показывает, что самоубийству часто предшествует отторжение от общества (99). Тот же результат дало исследование Негрона и др. (110). Оно обнаружило, что люди, которые пытаются совершить суицид, чаще изолируют себя во время острой суицидальной фазы, чем люди с суицидальным мышлением. Венц (101) идентифицировал аномию — чувство отчуждения от общества, вызванное отсутствием поддерживающей социальной структуры — как фактор суицидального поведения вдов наряду с фактической и предполагаемой социальной изоляцией. Социальная изоляция часто считается фактором, способствующим суицидальному мышлению у престарелых (102, 103). Изучение попыток самоубийств среди подростков до 16 лет, которые проходили лечение в одной больнице, обнаружило, что чаще всего в основе суицидального поведения лежали трудности во взаимоотношениях с родителями, проблемы с друзьями и социальная изоляция (104).

Социальные факторы и факторы окружающей среды

Научные исследования определили ряд важных социальных факторов и факторов среды, свя-

занных с суицидальным поведением. Среди них такие разные факторы как доступность средств убийства, место жительства человека, трудовая занятость или иммиграционный статус, принадлежность к религии и экономические условия.

Способ самоубийства

Главным фактором, определяющим, будет ли попытка самоубийства иметь летальный исход или нет, является способ самоубийства. В США приблизительно в 2/3 всех случаев суицидов используется огнестрельное оружие (105). В других странах более типичным способом является повешение, за ним следует использование огнестрельного оружия, выбрасывание из окна дома или с другого высокого места и утопление. В Китае самый обычный метод — отравление пестицидами (106, 107).

За последние двадцать лет в некоторых странах, например в Австралии, заметно увеличилось число самоубийств через повешение, особенно среди молодежи, а применение огнестрельного оружия соответственно сократилось (108). Старые люди больше склонны применять способы, требующие меньшей физической силы, например утопление или бросание с высоты; это зарегистрировано в ОАР Гонконг (Китай) и в Сингапуре (18). Почти везде женщины склонны выбирать «более мягкие» способы, например передозировку лекарств — в попытках самоубийств с летальным или нелетальным исходом (35). Необычное исключение из этого правила — практика самосожжения в Индии.

Помимо возраста и пола на выбор способа самоубийства могут влиять и другие факторы. В Японии, например, по-прежнему существует традиционная практика вспарывания живота мечом (известная как *харакири*). Как известно, люди часто имитируют способ, которым покончила с жизнью какая-нибудь знаменитость; особенно это характерно для молодежи (109–111). То, как человек решил убить себя, обычно связано со степенью летальности способа: старики, например, обычно выражают большую решимость умереть, чем молодые люди, поэтому они выбирают более насильственные методы — например, выстрел, бросание с высоты или повешение. Возможность спастись после такого акта маловероятна (112).

Различие между городом и селом

Часто бывает большое несоответствие в уровне самоубийств между городскими и сельскими территориями. В 1997 г. в Нью-Йорке на Манхэттене было зафиксировано 1372 самоубийства, что в 3 раза больше, чем во всем штате Невада, преимущественно сельском (411). Однако уровень самоубийств в Неваде в 3 раза выше, чем в штате Нью-Йорк (24,5 случаев на 100 000 человек — самый высокий уровень в США — против 7,6 случаев на 100 000 человек) (113). Такие же различия между городскими и сельскими территориями наблюдаются, например, в Австралии (114) и в европейских странах. Так, Англия и Уэльс (в совокупности) отличаются от Шотландии, где высокий уровень самоубийств наблюдается у фермеров (115). Уровень самоубийств среди женщин, проживающих в сельской местности в Китае, также выше, чем в городской (26).

Среди причин более высокого уровня самоубийств во многих сельских местностях социальная изоляция и большая трудность выявления предупреждающих признаков, ограниченный доступ к медицинской помощи и более низкий уровень образования. Способы самоубийства в сельской местности часто также отличаются от применяемых в городе. В сельских общинах в Восточной Европе и в Юго-Восточной Азии доступность гербицидов и пестицидов делает их популярным средством самоубийства. Это верно и для Самоа, где контроль за торговлей гербицидами привел к снижению числа самоубийств (116). В сельских общинах Австралии, где владение огнестрельным оружием — обычное явление, чаще кончают с жизнью при помощи этого оружия (114).

Иммиграция

Было изучено влияние иммиграции на уровень самоубийств в таких странах, как Австралия, Канада и США, где смешалось множество этнических групп. Было обнаружено, что в этих странах уровень суицидального поведения в любой иммигрантской группе примерно такой же, как в стране происхождения. В Австралии, например, среди иммигрантов из Греции, Италии и Пакистана уровень самоубийств ниже, чем среди иммигрантов из стран Восточной Европы или из Ирландии и Шотландии — стран с традиционно высокими уровнями самоубийств (117) (см. также табл. 7.3).

ТАБЛИЦА 7.3

Количество самоубийств на 100 000 человек в Австралии в 1982–1992 г. в зависимости от места рождения; стандартизовано по возрасту

Год	Место рождения							Общее число рожденных за рубежом
	Азия	Австралия	Европа			Ирландия и Великобритания	Океания ^b	
			Восточная	Южная	Западная ^a			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

Источник: воспроизводится с незначительным редактированием из работы 118 с разрешения издателя.

^a За исключением Ирландии и Великобритании.

^b За исключением Австралии.

Это говорит о сильном влиянии культурных факторов на суицидальное поведение.

Занятость и другие экономические факторы

Одни исследования обнаружили увеличение уровня самоубийств в периоды экономического спада и высокой безработицы (119–123), а другие продемонстрировали обратное положение. Проверая влияние экономических факторов на самоубийства в Германии, Вейерер и Виденманн (122) изучили взаимосвязь четырех экономических переменных с уровнем самоубийств в период 1881–1989 г. Самая сильная корреляция была обнаружена в периоды социальной дезинтеграции, когда был высокий уровень безработицы, низкий уровень государственного социального обеспечения населения и повышенный риск банкротства. Среди причин повышенного уровня самоубийств в районе Кузбасса (Российская Федерация) в период между 1980 и 1995 г. предварительное исследование называет экономическую нестабильность, дезинтеграцию бывшего Советского Союза и другие исторические факты, которые могли сопутствовать этому (123). Посетив Боснию и Герцеговину, Берк (124) написал о более высоком, чем ожидалось, уровне самоубийств, а также алкогольной зависимости у детей. Хотя непосредственный ужас вооруженного конфликта дети пережили в 1992–1995 г., они продолжают испытывать стресс. На Шри-Ланке в тамильской общине, с ее опытом насилия и политической и экономической неста-

бильностью, уровень самоубийств традиционно высок. В сингалезской общине, в которой 20 лет тому назад был очень низкий уровень самоубийств, этот уровень также повысился. Это ясно показывает тесную связь между самоубийствами, политическим насилием и социальным коллапсом.

На индивидуальном уровне суицидальное поведение встречается чаще у безработных, чем у работающих людей (119, 125, 126). Бедность и низкое социальное положение — оба эти следствия безработицы, по-видимому, часто повышают уровень суицидального поведения,

особенно в том случае, если работа была потеряна внезапно. Научные исследования в этой области, однако, имеют некоторые недостатки. Не всегда принималась во внимание длительность периода безработицы. Те, кто ожидал первую работу, иногда объединялись в одну группу с теми, кто потерял работу, а психические заболевания и личностные расстройства игнорировались (127, 128).

Религиозная принадлежность

Религия давно рассматривается как важный фактор, влияющий на суицидальное поведение. Исследования дают приблизительно следующее ранжирование стран (с преобладанием в них той или иной религии) по уровню самоубийств в нисходящем порядке:

- страны, где запрещаются или не поощряются религиозные обычаи (как было в бывших коммунистических странах Восточной Европы и в бывшем Советском Союзе);
- страны, где доминирующую роль играют буддизм, индуизм и другие азиатские религии;
- страны, где много протестантов;
- страны, где доминирует римско-католическая вера;
- страны преимущественно мусульманские.

Заметным исключением из этой приближенной модели является Литва. Страна всегда была в основном католической, где множество людей постоянно посещали церковь, и церковь имела колоссальное влияние, даже когда страна была час-

тью Советского Союза. Тем не менее, уровень самоубийств здесь был и остается чрезвычайно высоким. Приведенное выше приблизительное распределение стран не принимает во внимание, как сильно индивидуумы в той или иной стране верят и придерживаются своей религии (129). В распределении также не учтен анимизм — в основном обнаруживаемый в Африке — поскольку уровень самоубийств среди приверженцев анимистических верований вообще не известен.

Дюркгейм полагал, что самоубийства происходят из-за отсутствия идентификации с унитарной группой, и выдвинул тезис, что уровень самоубийств должен быть ниже там, где высок уровень религиозной интеграции. Соответственно он доказывал, что разделение индивидом религиозной веры, например католической (94), является фактором, защищающим от суицида. Некоторые исследования, проверяющие гипотезу Дюркгейма, поддерживали его (130, 131), другие же не обнаружили никакой связи между долей католиков в общей численности населения и уровнем самоубийств (132, 133). Симпсон и Конлин (134), исследуя влияние религии, обнаружили, что мусульманская вера снижает уровень самоубийств больше, чем христианская.

Некоторые исследователи пытались измерить степень религиозной веры частотой посещения церкви и развитостью религиозных отношений, которые они сравнивали с уровнем самоубийств. Их исследования показывают, что посещение церкви имеет сильное превентивное влияние (135), причем чем сильнее приверженность религии, тем больше это сдерживает самоубийства (136). Сходным образом, исследование Кока (137) проверило уровень самоубийств среди трех этнических групп в Сингапуре. Вывод заключался в том, что этнические малайцы — в большинстве своем приверженцы ислама, запрещающего суицид — имеют самый низкий уровень самоубийств. В то же время этнические индусы имеют самый высокий уровень самоубийств на острове. Сингапурские этнические индусы обычно последователи индуизма, который обещает людям перевоплощение после смерти и строго не запрещает самоубийства. Другое исследование, изучавшее различия между afroамериканцами и белыми американцами в США, обнаружило, что более низкий уровень самоубийств среди afroамериканцев может быть отнесен за счет их большей личной вовлеченности в

религию (138).

Резюме

Факторы риска суицидального поведения многочисленны и связаны друг с другом. Знание того, какие индивиды имеют предрасположенность к суициду, а также сталкиваются с факторами риска, поможет выделить тех, кто больше всего нуждается в превентивных мерах.

Там, где существуют достаточно сильные защитные факторы, наличие даже нескольких факторов риска — таких как выраженная депрессия, шизофрения, злоупотребление алкоголем или потеря любимого человека — не может создать условий для суицидального мышления или поведения человека. Однако изучение защитных факторов находится пока в зачаточном состоянии. Если мы хотим, чтобы исследования проблемы самоубийств и их предотвращения продвигались вперед, нужно знать гораздо больше о защитных факторах, не останавливаясь на успехах, достигнутых в последние десятилетия в понимании предрасположенности к суициду и факторов его риска.

Помимо наблюдений Дюркгейма о защитной функции брака и религии, есть свидетельства защитной функции отцовства и материнства (139), социальной поддержки и семейной спаянности (36, 140–142), самоуважения и подавления «эго» (144). Некоторые исследования прямо сравнивали факторы риска и защитные факторы, пытаясь предсказать суицидальное поведение. Боровский и др. (145), изучавшие молодых американских индейцев и уроженцев Аляски, обнаружили, что увеличение защитных факторов, например эмоционального благополучия и связей с семьей и друзьями, так же эффективно с точки зрения предупреждения самоубийств, как и снижение факторов риска (или даже более эффективно). Изучение защитных факторов является многообещающей областью будущих научных исследований.

Что можно сделать для предупреждения самоубийств?

Из-за общего роста суицидального поведения, особенно среди молодых людей, возникает большая потребность в эффективном вмешательстве в проблему. Как было показано, имеется множество факторов риска суицидального поведения, и меры вмешательства обычно основываются на знании этих факторов. Хотя в течение долгого времени применяются разные меры, очень немногие из

них дали значительное снижение уровня суицидального поведения или длительные поддерживающие результаты (146).

Подходы к лечению

Лечение психических расстройств

Поскольку опубликованные материалы и клинический опыт показывают, что ряд психических расстройств сильно влияет на самоубийства, ранняя диагностика и соответствующее лечение этих расстройств является важной стратегией по предупреждению суицида. Особенно это касается расстройств настроения, алкогольной зависимости, злоупотребления другими веществами, шизофрении и некоторых видов личностных нарушений.

Есть свидетельства, что обучение медицинскому персоналу диагностике и лечению расстройств настроения может быть эффективно в снижении уровня самоубийств среди людей, подверженных этому риску. Новое поколение лекарств для лечения нарушений настроения и шизофренических расстройств, которые имеют меньше побочных действий и более специфический терапевтический профиль, возможно, улучшит лечение больных, снизив таким образом вероятность суицидального поведения у них.

Фармакотерапия

Исследовалось влияние фармакотерапии на нейробиологические процессы, которые лежат в основе некоторых психических заболеваний, в том числе связанных с суицидальным поведением. Веркез и др. (147), например, показали, что вещество пароксетин может эффективно смягчать суицидальное поведение. Причиной выбора пароксетина было то, что суицидальное поведение связано со сниженной выработкой серотонина. Пароксетин известен как селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI), поэтому он увеличивает доступность серотонина для нейтральной передачи сигналов. Проводилось исследование в течение года, когда пациентам, у которых был опыт попыток самоубийства и которые недавно пытались снова совершить суицид, давали пароксетин и плацебо. Эти больные не страдали от сильной депрессии, но большинство из них имело «личностное расстройство из кластера “Б”» (согласно классификации личностных расстройств — Прим. ред.) (которое включает антисоциальные,

нарциссические и пограничные симптомы). В результате выяснилось, что усиление выработки серотонина благодаря SSRI (в данном случае пароксетина) снижает суицидальное поведение у больных, совершавших ранее попытки самоубийства, однако не у тех, кто страдает от выраженной депрессии.

Меры воздействия на поведение

В то время как лечебные меры фокусируются, прежде всего, на психических расстройствах, предполагая, что улучшение состояния приведет к снижению суицидального поведения, есть и другие подходы, которые нацелены непосредственно на поведение (148), некоторые из них обсуждаются ниже.

Лечение поведения

Проводя занятия, цель которых — изменить поведение пациента, психиатр обсуждает его суицидальное поведение, которое имело место в прошлом и в настоящее время, его мысли о суициде, и методом проб пытается определить факторы, возможно лежащие в основе поведения пациента (148). Первые результаты этого вида лечения были многообещающими, хотя окончательного ответа еще нет.

В Оксфорде (Англия) были исследованы больные с высоким риском повторной попытки самоубийства в возрасте от 16 до 65 лет, которых госпитализировали в отделение неотложной помощи после передозировки антидепрессантов (149). Больные получали или стандартное лечение по поводу попыток самоубийств, или стандартное лечение одновременно с кратким «проблемно-ориентированным» курсом. Это краткий курс психотерапии, который фокусируется на наиболее мучительной для больного проблеме. Исследование обнаружило значительное улучшение в экспериментальной группе (т.е. среди тех, кто проходил курс вместе со стандартной терапией): в течение 6 месяцев после лечения число повторных попыток самоубийств снизилось. К сожалению, повторная проверка пациентов спустя 18 месяцев уже не показала значительной разницы между экспериментальной и контрольной группой.

В США (150) была проверена эффективность диалектической поведенческой терапии для больных, у которых обнаружены пограничные личностные расстройства, множественные по-

веденческие дисфункции, серьезные психические расстройства и которые много раз совершали попытки самоубийств. Диалектическая поведенческая терапия была разработана специально для пациентов – «хронических» самоубийц. Она использует анализ поведения и стратегию, направленную на решение проблемы. В первый год после лечения пациенты, прошедшие терапию, совершили меньше попыток самоубийств, чем пациенты, которые получали стандартное лечение.

Еще одно исследование пациентов с опытом попыток суицида в США (150) включало метод поведенческой терапии. Цель заключалась в том, чтобы увидеть, есть ли у таких пациентов «дефицит положительных мыслей о будущем», т.е. отсутствуют ли у них надежды и ожидания. Если это было так, исследование пыталось установить, можно ли изменить такой дефицит коротким психологическим курсом, известным как «когнитивная поведенческая терапия с помощью пособия» («manual-assisted cognitive behaviour therapy» — МАСТ). В таком курсе проблема разрешается с помощью пособия, чтобы стандартизировать лечение. Пациентам наугад назначали либо МАСТ, либо стандартное лечение по поводу попыток самоубийств. Через 6 месяцев их состояние снова оценивались. Было обнаружено, что пациенты, совершавшие ранее попытки суицида, имели меньше надежд и положительных ожиданий в будущем, чем контрольная группа из общины. После курса МАСТ их ожидания значительно улучшились. Ожидания тех, кто получал стандартное лечение, улучшились незначительно.

Зеленые карточки

Так называемая зеленая карточка — довольно простое изобретение. Клиент получает карточку, предоставляющую ему прямой и немедленный доступ к ряду возможностей, таких как вызов психиатра или госпитализация. Хотя зеленая карточка не оказалось особенно эффективной, она, по видимому, действительно приносит некоторую пользу тем, кто впервые сталкивается с суицидом (152, 153).

Недавно зеленая карточка была применена для больных с одной и несколькими попытками самоубийств (154). Участники исследования распределялись наугад в контрольную группу, которая получала только стандартное лечение, и экс-

периментальную группу, получавшую стандартное лечение плюс зеленую карточку. Зеленая карточка предлагала круглосуточную телефонную консультацию психиатра при кризисе. Эффект зеленой карточки различался у двух видов пациентов. Она оказывала защитное действие (хотя и не значимое статистически) на тех, кто впервые совершил попытку самоубийства, но не произвела никакого эффекта на тех, кто совершил уже несколько попыток суицида. Может быть, только телефонной поддержки, предлагаемой зеленой карточкой, было недостаточно, и карточка должна бы предоставлять доступ также к другим службам при кризисе.

Другой способ вмешательства, основанный на принципе доступности помощи — служба «телефонная помощь/телефонная проверка» для престарелых, действующая в Италии (155). «Телефонная помощь» — это сигнал тревоги, который клиент может подать, чтобы позвать на помощь. «Телефонная проверка» контактирует с клиентом дважды в неделю, чтобы проверить его потребности и предложить эмоциональную поддержку. Были исследованы 12 135 человек в возрасте 65 лет и старше, которые пользовались «телефонной помощью/телефонной проверкой» на протяжении 4-х лет (155). В течение этого периода был только один суицид в этой группе, по сравнению со статистически предполагаемыми 7-ю (156).

Воздействие на взаимоотношения

Известно, что вероятность суицидов связана с социальным окружением человека: чем больше число социальных связей, тем обычно меньше вероятность суицида (156). Несколько экспериментов пытались увеличить число социальных связей пациентов так, чтобы снизить повторное суицидальное поведение. Общий подход — исследовать проблемы в различных областях социальной жизни пациента и попытаться разрешить эти проблемы. Хотя главная цель — предупредить повторное суицидальное поведение, улучшение социальных взаимоотношений само по себе также важно.

Исследование эффективности указанных мероприятий не продемонстрировало их пользы в смысле снижения суицидального поведения. Однако было показано, что они улучшают социальные взаимоотношения.

Психосоциальные вмешательства

Литман и Уолд (156) разработали особый метод, известный как «поддержание длительных взаимоотношений» («continuing relationship maintenance» — CRM). Согласно этому методу консультант вступает в контакт с человеком, совершившим попытку суицида, и пытается поддерживать с ним постоянную взаимосвязь. Всего 400 человек с высоким риском суицида прошли эту программу в течение примерно 18 месяцев. Они были разделены на две группы: экспериментальную (CRM) и контрольную, причем в контрольной группе субъекты также получали продолжительное консультирование, но они должны были *сами* проявлять инициативу, чтобы контактировать с консультантом. Этой программе не удалось снизить суицидальную идеацию, число самоубийств или попыток самоубийств. Однако ряд промежуточных целей был достигнут, при этом группа CRM продемонстрировала значительное улучшение по сравнению с контрольной, а именно: уменьшение чувства одиночества, более удовлетворительные интимные взаимоотношения, меньше депрессии и больше доверия к помощи общины.

Гиббонс и др. (157) внедрили метод работы, «сконцентрированный на задаче», когда пациент и социальный работник сотрудничают по каждодневным житейским вопросам, и сравнили его со стандартным лечением пациентов, которые совершили попытку самоубийства. Между двумя группами не наблюдалось никакого различия в числе повторных попыток самоубийств, но группа, которая получала работу, «сконцентрированную на задаче», продемонстрировала лучшее решение социальных проблем, чем контрольная группа.

В исследовании Хоутона и др. (158) 90 пациентов с передозировкой лекарств получали амбулаторное консультирование либо их отсылали обратно к их общим врачам с рекомендациями по дальнейшему уходу. При этом опять-таки не было отмечено никакой статистической разницы в числе повторных попыток самоубийств, но некоторая польза для амбулаторной группы по оценкам спустя 4 месяца действительно была. Большая доля амбулаторной группы по сравнению со второй группой продемонстрировала лучшую социальную и семейную адаптацию. Больше всего пользы консультирование, по-видимому, приносит женщинам и пациентам, которые испытывают трудности в отношениях «один на один», например в отноше-

ниях «муж — жена», «родитель — ребенок» или «руководитель — служащий».

Усилия общин

Центры по предупреждению суицида

Помимо описанных выше способов вмешательства в общинах существуют специальные центры психического здоровья для людей, склонных к суицидальному поведению. Центры по предупреждению самоубийств обычно планируются в качестве кризисных центров, предлагающих немедленную помощь, обычно по телефону, но их сотрудники могут также консультировать клиентов лично и выезжать к ним на дом.

Дью и др. (159) произвели обзор литературы по эффективности таких центров и не обнаружили однозначно положительного либо отрицательного влияния их на уровень самоубийств. Получению определенного заключения препятствовали методологические ограничения. Авторы нашли, что число суицидов у клиентов, посещающих превентивные центры, больше, чем среди всего населения, и что лица, совершившие самоубийства, чаще были клиентами этих центров. Этот результат наводит на мысль, что центры по предупреждению суицидов по крайней мере привлекают к себе часть населения с высоким риском, которой они должны оказывать помощь.

Лестер (160) сделал обзор 14 исследований, проверявших эффективность работы центров по предупреждению суицидов. Семь из этих исследований предоставили некоторые свидетельства превентивного эффекта. А исследование центров по предупреждению суицидов в 25 городах Германии обнаружило, что уровень самоубийств в трех из этих городов на самом деле увеличился (161).

Мероприятия в школах

Были созданы программы по обучению школьного персонала, членов общины и сотрудников медицинских учреждений, чтобы они могли определять школьников с риском суицида и направлять их в службы психического здоровья. Продолжительность обучения варьирует от программы к программе, но во всех случаях важна крепкая связь с местными службами психического здоровья.

Лестер (162), однако, предположил с тревогой, что после того как сотрудники школ станут более

информированными, они будут направлять учащихся к психиатрам реже, что само по себе может привести к увеличению числа суицидов. Хотя обучение школьного персонала, родителей и других лиц, участвующих в школьных программах, очень важно, эти люди не могут заменить специалистов — психологов и психиатров. Тем не менее, одни медицинские учреждения не могут справиться с нуждами молодых людей, и школы должны знать, как действовать, чтобы предупреждать суициды.

Мероприятия на уровне общества Ограничение доступа к средствам совершения самоубийств

Об ограничении доступа к средствам суицида можно говорить в том случае, если его можно легко контролировать. Это было впервые продемонстрировано в 1972 г. в Австралии Оливером и Гетцелем (163), которые обнаружили, что уровень самоубийств снизился, когда был уменьшен доступ к седативным веществам — главным образом к барбитуратам, которые смертельны в больших дозах.

Имеются также доказательства снижения уровня самоубийств, когда под контроль берется продажа других токсических веществ, например пестицидов, которые широко распространены в сельских местностях во многих развивающихся странах. Возможно, один из самых изученных примеров — положение на Западном Самоа (116), где до 1972 г. уровень самоубийств был ниже 10 случаев на 100 000 человек. Затем в стране

появился паракват, и в середине 1970-х годов уровень самоубийств стал резко повышаться (с 1972 по 1981 г. он вырос на 367%, с 6,7 до 31,3 случаев на 100 000 человек). После этого доступ к параквату стал контролироваться, и в течение 3-х лет уровень самоубийств снова снизился до 9,4 случаев на 100 000 человек. Однако несмотря на постоянный контроль за паракватом более 90% всех суицидов в 1988 г. были совершены с его помощью (см. рис. 7.2).

Газовая детоксикация — удаление окиси углерода из домашнего газа и выхлопных газов в автомобилях — оказалась эффективна в снижении уровня самоубийств. В Англии число самоубийств через отравление домашним газом стало снижаться вскоре после удаления из него окиси углерода (164) (см. рис. 7.3). Сходные результаты были отмечены в Японии, Нидерландах, Шотландии, Швейцарии и США (165). Другие исследования также обнаружили снижение уровня суицидов после применения в автомобилях каталитических конверторов, которые среди прочего удаляют и окись углерода из выхлопных газов.

Была отмечена связь между наличием огнестрельного оружия дома и уровнем самоубийств (167–169). Есть разные способы борьбы с телесными повреждениями от огнестрельного оружия — случайными или преднамеренными. Они обычно заключаются в законодательных нормах по продаже оружия и владении им, и в мерах безопасности. Безопасность обеспечивается обучением и тренировкой владельцев оружия, безопасны-

РИСУНОК 7.2

Уровень самоубийств в Западном Самоа и его связь с появлением пестицидов, содержащих паракват, и введением контроля над продажей параквата

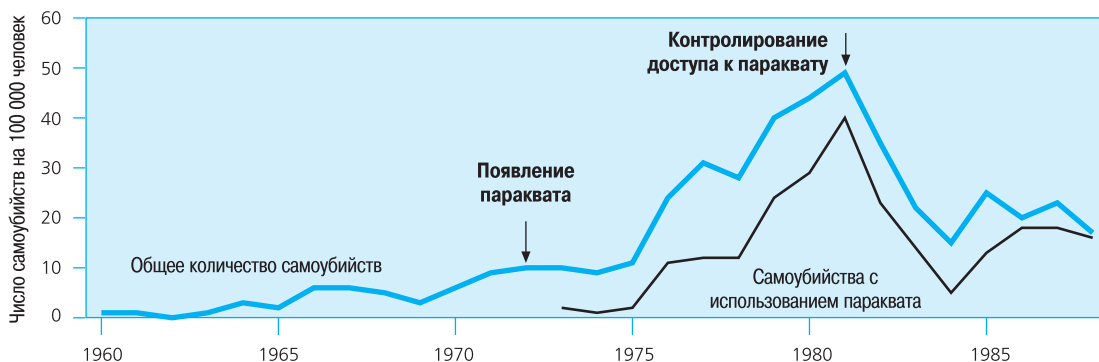
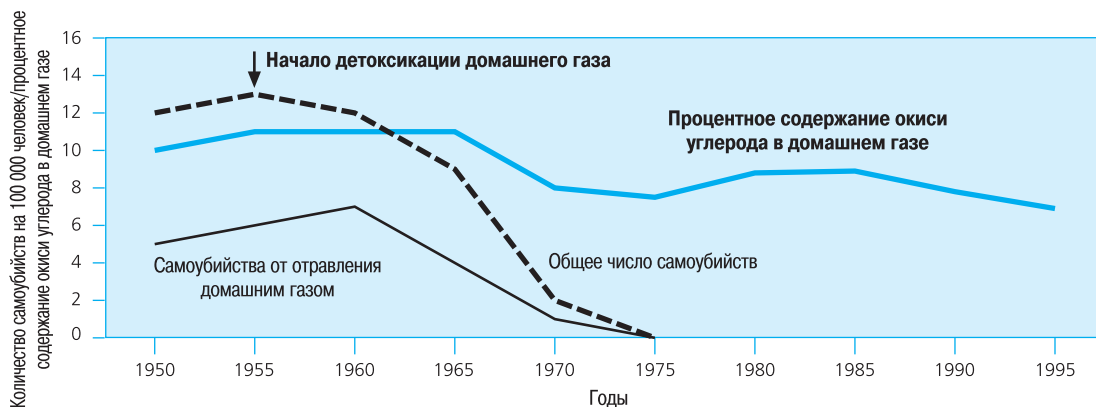


РИСУНОК 7.3

Влияние детоксикации домашнего газа (уменьшения процентного содержания окиси углерода в нем) на уровень самоубийств в Англии и Уэльсе в 1950–1995 г.



Источник: работа 164.

ми способами хранения (хранение оружия и боеприпасов отдельно, хранение оружия незаряженным и в закрытом месте) и устройствами, блокирующими спусковой крючок. В некоторых странах — включая Австралию, Канаду и США — ограничение владения огнестрельным оружием привело к снижению его применения в актах самоубийства (165, 169).

Сообщения в средствах массовой информации

Потенциальное влияние средств массовой информации на уровень самоубийств давно известно. Более двух столетий назад один роман, популярный среди широкой публики, инспирировал целую серию самоубийств, повторяющих самоубийство главного героя. Это был роман Иоганна Вольфганга Гете «Страдания молодого Вертера», написанный в 1774 г. на основании опыта друга автора. В нем описываются внутренние переживания Вертера, который мучается от неразделенной любви к Лотте. «Воздействие романа на первых читателей было ошеломляющим. Он вызывал не просто эмоциональное сочувствие, но стремление превзойти героя. Прокапталась целая волна самоубийств, причем все самоубийцы были одеты одинаково: синий пиджак, желтый жилет (именно так был одет Вертер)» (170).

Сегодня есть свидетельства, что эффект сообщений в СМИ, которые вызывают имитационные суициды, зависит главным образом от манеры сообщения — тона и языка, которым освещаются события, применения изображений или другого не-

подходящего материала. Тревожно то, что чрезмерно вульгарное сообщение о том, что кто-то совершил самоубийство, может создать культуру, в которой суицид рассматривается как нормальный и приемлемый способ покинуть этот мир.

Крайне необходим ответственный подход СМИ к сообщениям о суицидах, и любой способ достижения этого нужно приветствовать. Инструкции о том, как надо сообщать о суицидальном поведении, разработали многие организации и правительства, включая «Befrienders International» в Великобритании, «Centers for Disease Control and Prevention» в США, Всемирную организацию здравоохранения и правительства Австралии и Новой Зеландии (171).

Вмешательства после суицида

Чувства, которые вызывает потеря человека в результате самоубийства у его родственников и близких друзей, могут отличаться от печали по поводу его смерти от естественных причин. По-прежнему существуют табу на обсуждение суицида, и те, кто потерял родственников в результате самоубийства, могут иметь меньше возможностей поделиться своим горем с другими. А ведь возможность рассказать о своих чувствах — важная часть процесса исцеления. По этой причине важную роль играют группы поддержки. В 1970 г. в Северной Америке начала работать первая группа оказания помощи родственникам и друзьям людей, совершивших суицид (172). Подобные группы впоследствии были созданы в разных странах мира. Это группы, где

люди оказывают себе помощь сами, но при этом имеют доступ к внешней помощи и ресурсам. Польза таких групп очевидна. Общий опыт потери человека из-за самоубийства связывает людей и поощряет их разделить свои чувства с другими (172).

Политические меры

В 1996 г. Департамент ООН по координации политики и развитию опубликовал документ, подчеркивающий важность мероприятий по предупреждению суицидов (173). Всемирная организация здравоохранения впоследствии выпустила серию документов по предупреждению самоубийств (171, 172, 174–177) и две публикации по психическим, неврологическим и психосоциальным расстройствам (41, 178). Были также опубликованы другие доклады и руководства по предупреждению суицидов (179).

В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения выступила с глобальной инициативой по предупреждению самоубийств со следующими целями:

- вызвать длительное снижение уровня суицидального поведения — с особым вниманием к развивающимся странам и странам с переходными социальными и экономическими процессами;
- идентифицировать, оценивать и устранять на ранней стадии, насколько это возможно, факторы, которые могут приводить молодых людей к самоубийствам;
- повысить общую осведомленность о самоубийствах и обеспечить психосоциальную поддержку людям с суицидальным мышлением или опытом попыток самоубийств, а также друзьям и родственникам тех, кто пытался совершить или совершил суицид.

Внедрение этой глобальной инициативы имеет два направления наряду с первичной стратегией ВОЗ по охране здоровья людей:

- организация глобальной, региональной и национальной мультисекторальной деятельности для повышения осведомленности о суицидальном поведении и его эффективном предупреждении;
- усиление возможностей стран по созданию и оценке мероприятий и планов по предупреждению суицидов, что включает:
 - поддержку и лечение людей из групп риска, например страдающих от депрессии, престарелых и молодых людей;

- уменьшение доступности средств самоубийства, например токсических веществ;
- поддержку и укрепление организаций для выживших после суицида;
- тренинги для медицинских работников и работников других секторов, относящихся к делу.

В рамках этой инициативы сейчас выполняется исследование, которое пытается определить специфические факторы риска и способы вмешательства, которые эффективны для снижения уровня суицидального поведения.

Рекомендации

На основании сказанного в этой главе можно сделать несколько важных рекомендаций по снижению уровня суицидального поведения как с летальным, так и нелетальным исходом.

Улучшение данных

Существует острая необходимость в большей информированности о причинах суицида в национальном и международном аспекте, особенно среди групп меньшинств. Нужно поощрять межкультурные исследования. Они могут привести к лучшему пониманию причинных и защитных факторов и, следовательно, сделать более эффективными превентивные усилия. Вот несколько специальных рекомендаций для получения лучшей информации о самоубийствах.

- Следует поощрять правительства собирать данные о случаях самоубийств как с летальным, так и нелетальным исходом и делать такие данные доступными Всемирной организации здравоохранения. Больницам и другим социальным и медицинским службам нужно строго рекомендовать делать записи о нелетальном суицидальном поведении.
- Данные о суицидах и попытках самоубийств должны быть действительными и неустаревшими. Нужно установить набор одинаковых критериев и определений и затем постоянно их применять и оценивать.
- Сбор данных следует организовать так, чтобы избежать дублирования статистических записей; в то же время информация должна быть доступна для исследователей, проводящих аналитические и эпидемиологические обзоры.

- Следует попытаться улучшить обмен данными между больницами, психиатрическими и другими медицинскими учреждениями, отделениями полиции и следователями, ведущими дела о насильственной смерти.
- Всех медиков и чиновников в учреждениях, которые работают с группами риска, нужно обучать, как выявлять людей с риском суицидального поведения и направлять их на лечение, а также кодировать такие случаи соответствующим образом в системах сбора данных.
- Нужно собирать информацию о социальных индикаторах — в том числе о качестве жизни, уровне разводов, социальных и демографических изменениях — вместе с данными о суицидальном поведении для того, чтобы улучшить современное понимание этой проблемы.

Дальнейшие научные исследования

Следует проводить больше научных исследований, чтобы проверить относительный вклад психосоциального и биологического факторов в суицидальное поведение. Если два эти типа факторов будут чаще изучаться совместно в научно-исследовательских программах, это приведет к большому прогрессу в современных знаниях о суициде. Особенно многообещающая область — быстро расширяющиеся научные исследования в молекулярной генетике, где среди прочего сейчас получено много информации относительно контроля над метаболизмом серотонина.

Следует проводить больше клинических исследований причинной связи между параллельными болезненными состояниями, например между депрессией и злоупотреблением алкоголем. Следует также больше уделять внимания возрастным группам населения (так как суицид у престарелых отличается от суицида у молодых), а также группам, выделенным на основании типов личности и темперамента. «Визуализация мозга» (исследование функциональной активности мозга — *Прим. ред.*) — другая область, требующая больших научных усилий. Наконец, следует больше исследовать роль враждебности, агрессии и импульсивности в суицидальном поведении.

Улучшение психиатрического лечения

Значительная роль психиатрических факторов в суицидальном поведении наводит на мысль, что для предупреждения суицида важно улучшение лечения лиц с психическими нарушениями. В этом направлении нужно сделать следующие шаги.

- Фармацевтические компании следует побуждать разрабатывать больше медицинских препаратов, эффективных при психических расстройствах. Возможно, именно появление селективных ингибиторов повторного поглощения серотонина вызвало некоторое снижение уровня самоубийств в Скандинавии (180).
- Следует финансировать исследования, направленные на открытие более эффективных методов психотерапии и консультирования индивидов, склонных к самоубийствам. В частности, нужно разрабатывать более специфические методы для тех людей, чьи личностные расстройства могут приводить к суицидальному поведению.
- Гораздо большее число людей должно уметь распознавать симптомы и признаки суицидального поведения и знать, где можно получить помощь, если она потребуется — в семье, у друзей, врачей, социальных работников, религиозных лидеров, работодателей или учителей и других школьных работников. В частности, врачи и другие лица, оказывающие медицинскую помощь, должны пройти тренинг, чтобы уметь распознавать и лечить лиц с психическими расстройствами, особенно аффективными.
- Высшим приоритетом для правительств и министерств здравоохранения должна быть ранняя идентификация и лечение людей, страдающих не только от психических нарушений, но и от наркотической и алкогольной зависимости. Программа, созданная Ритцем в Готланде (Швеция) (181), может быть полезной моделью для других стран.

Изменения в окружающей обстановке

Ряд изменений в окружающей обстановке, возможно, ограничит доступ к средствам и способам самоубийства, а именно:

- ограждения на высоких мостах;
- ограждения на крышах и верхних площадках высоких зданий;
- требование к производителям автомобилей изменить форму выхлопных труб и устанавливать механизм, посредством которого мотор автоматически выключается после холостого движения в течение некоторого времени;
- ограничение доступа к пестицидам и удобрениям всем, кроме фермеров;
- что касается сильных медицинских препаратов, способных привести к смерти, то здесь нужно:
 - требовать от врачей и фармацевтов строгого контроля над рецептами;
 - снизить максимальное количество лекарств, отпускаемых по рецепту;
 - упаковывать медицинские препараты в пластиковые пузырьки;
 - там, где возможно, выписывать медицинские препараты в форме свечей.
- снижения доступа к оружию для людей из групп с риском суицида.

Усилия общин

Во многих общинах уже существуют учреждения по предупреждению суицида, хотя усилиями общин можно сделать еще больше. В частности, следует уделить внимание:

- разработке и оценке программ, проводимых в общинах;
- улучшению качества услуг, предоставляемых существующими программами;
- большему финансированию и поддержке со стороны правительства таких видов деятельности как:
 - создание центров по предупреждению суицидов;
 - создание групп поддержки людей, которые пережили самоубийство близкого человека (ребенка, интимного партнера или родителя) и которые сами таким образом могут быть подвержены повышенному риску самоубийства;
 - уменьшение социальной изоляции благодаря созданию в общинах молодежных центров и центров для пожилых.

- установлению партнерства и улучшению сотрудничества между соответствующими учреждениями;
- созданию образовательных программ по предупреждению суицидального поведения не только в школах, как это в основном происходит сейчас, но и на рабочих местах и в других учреждениях в общинах.

Заключение

Самоубийство — одна из ведущих причин смерти в мире и важнейшая медицинская проблема. Самоубийство и попытка самоубийства — сложные явления, которые возникают очень индивидуально благодаря взаимодействию биологических, психологических, психиатрических и социальных факторов. Комплексность причин неизбежно требует многостороннего подхода к предупреждению этой проблемы, который должен учитывать и культурный контекст. Культурные факторы играют огромную роль в суицидальном поведении (182), создавая большие трудности для характеристики этого явления в мире (183). То, что имеет положительный эффект в предупреждении суицида в одном месте, может быть неэффективно и даже иметь противоположное действие в другой культурной обстановке.

Требуются большие инвестиции как в научные исследования, так и в мероприятия по предотвращению самоубийств. Хотя краткосрочные эксперименты способствуют пониманию, почему происходит суицид и что можно сделать для его предупреждения, для полного понимания роли биологических, психосоциальных факторов и факторов сферы необходимы долгосрочные научные исследования. Существует также большая потребность в строгой оценке эффективности мероприятий через длительное время. Сегодня большинство проектов проводятся в течение короткого времени и получают незначительную оценку, если вообще ее получают.

Наконец, попытки предупреждения суицидов будут неэффективны, если они не происходят в рамках крупномасштабных планов, разработанных многодисциплинарными командами, в которые входят правительственные чиновники, специалисты по планированию системы здравоохранения, исследователи и практики целого ряда дисциплин и секторов. Инвестиции, осуществляемые

главным образом в планирование, материальное обеспечение исследований и в сотрудничество между этими группами, приведут к большому прогрессу в разрешении этой важной медицинской проблемы.

Библиография

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. В книге: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. New York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. В книге: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1998, 394:5–12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. В книге: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Dickstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto and Bern, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Dickstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.

32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. В книге: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1–11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327–338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. В книге: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva, World Health Organization, 1998.
42. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. В книге: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. В книге: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. В книге: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.

61. Van Praag H. Suicide and aggression. В книге: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Philadelphia, Brunner-Routledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867–874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. В книге: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 89-1623):110–137.
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64–71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107–144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. В книге: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York, NY, Oxford University Press, 1992:16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254–261.

88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate selfharm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. [Suicide.] Paris, Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343–358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of selfdestructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate selfpoisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508–1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3–17.
113. *Rates of suicide throughout the country: fact sheet*. Washington, DC, American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. London, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. В книге: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990–1995*. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.

121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on «Sociology's One Law». *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's «one law». *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.
146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. В книге: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000: 585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. В книге: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.

150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50:971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. В книге: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. New York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. В книге: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. New York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York, NY, United Nations, 1996 (document ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.3).
176. *Preventing suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.4).
177. *Preventing suicide: a resource for prison officers*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*.

- Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. В книге: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.

ГЛАВА 8

Коллективное насилие

Предварительные сведения

Разнообразные формы коллективного насилия привлекают огромное внимание общества. Насильственные конфликты между нациями и группами, государственный и групповой терроризм, изнасилование как орудие войны, миграции множества людей, изгнанных из своих домов, войны преступных группировок и массовое хулиганство — все это ежедневно происходит повсюду в мире. Влияние этих событий на здоровье велико и выражается в смертях, физических заболеваниях, потере трудоспособности и душевных страданиях.

Медики (как исследователи, так и практики) уже давно работают с результатами коллективного насилия; здесь можно назвать военную хирургию и усилия Международного комитета Красного Креста. Здравоохранение же в целом стало заниматься этой проблемой только в 1970-е годы после гуманитарного кризиса в Биафре (Нигерия). Уроки, полученные там — в основном неправительственными организациями — явились основой все увеличивающихся знаний об этой проблеме и способов медицинского вмешательства в нее.

Мир еще только учится, как реагировать на различные формы коллективного насилия, но уже сейчас ясно, что здравоохранение играет здесь важную роль. Как заявила Всемирная ассамблея здравоохранения в 1981 г. (1), усилия работников здравоохранения по обеспечению и сохранению мира очень важны для достижения здоровья для всех.

Эта глава фокусируется в основном на насильственных конфликтах, особо подчеркивая комплекс чрезвычайных обстоятельств, относящихся к конфликтам. Хотя кризисы такого рода обычно освещаются довольно полно, многие аспекты, в том числе воздействие конфликтов на людей, оставшихся в живых, причины кризиса и реагирование на него, остаются скрытыми, иногда преднамеренно. Формы коллективного насилия, не имеющие политических целей, такие как насилие преступных группировок, массовое хулиганство и уголовные преступления, в этой главе не рассматриваются.

Определение коллективного насилия

Коллективное насилие может быть определено как «использование насилия людьми, которые считают себя членами группы — созданной на время или относительно постоянной, в качестве орудия против другой группы или круга лиц,

чтобы добиться политических, экономических или социальных целей».

Формы коллективного насилия

Различают несколько форм коллективного насилия, в том числе:

- войны, терроризм и другие насильственные политические конфликты, которые происходят внутри государств или между ними;
- государственное насилие в виде геноцида, репрессий, исчезновений людей, пыток и других нарушений прав человека;
- организованные насильственные преступления, такие как бандитизм и бандитские войны.

Комплексные чрезвычайные обстоятельства

Мечучрежденческий постоянный комитет — первичный механизм ООН по координации гуманитарной помощи, предоставляемой в ответ на комплексные и крупные чрезвычайные обстоятельства — определил чрезвычайные обстоятельства как (2):

«гуманитарный кризис в стране, регионе или обществе, где власти совсем или почти не контролируют ситуацию в результате внутреннего или внешнего конфликта, который требует международного вмешательства, превышающего полномочия или возможности одной организации и/или постоянной программы ООН для этой страны».

Хотя термин иногда применяется для описания других форм природных или произошедших по вине человека бедствий с серьезными последствиями, здесь он используется для описания тех чрезвычайных обстоятельств, которые прямо связаны с насильственным конфликтом, имеющим часто политические причины.

Лининг (3) описывает четыре характерных итога комплексных чрезвычайных обстоятельств, которые имеют серьезные последствия для здоровья людей:

- миграция групп населения;
- разрушение социальных и экологических систем;
- отсутствие безопасности для гражданского населения и других лиц, не вовлеченных в конфликт;
- нарушение прав человека.

Некоторые аналитики (4) применяют термин «комплексные политические чрезвычайные обсто-

ательства», чтобы подчеркнуть политическую природу тех или иных кризисов. Комплексные политические чрезвычайные обстоятельства обычно:

- происходят на стыке национальных границ;
- имеют корни, связанные с конкуренцией за власть и ресурсы;
- затягиваются надолго;
- отражают существующие социальные, политические, экономические и культурные структуры и подразделения и происходят внутри них;
- часто характеризуются «грабительским» господством одних социальных групп населения над другими.

Вооруженные конфликты

Хотя для описания конфликтов часто используется слово «война», понимаемое в его историческом смысле, т. е. как вооруженные действия между государствами, юридическое определение этого термина спорно. Полемика идет вокруг таких вопросов, как количественные определения (например, сколько людей должно погибнуть в сражениях, чтобы их можно было назвать войной, и в течение какого периода времени), открытое объявление военных действий или действия без объявления войны, и географические границы (например, происходит ли война между государствами или внутри одного государства). Чтобы избежать этих споров и исключить лазейки в применении гуманитарного принципа, многие международные законы (например, Женевские конвенции 1949 г.) пользуются термином «вооруженный конфликт».

Однако разнообразие вооруженных конфликтов и участвующих в них людей заставило наблюдателей искать новые термины для их описания. Например, термин «новые войны» используется для описания конфликтов, где размыты границы между традиционными понятиями «война», «организованная преступность» и широкомасштабными нарушениями прав человека (5). Термин «асимметричная война», тесно связанный с феноменом современного терроризма (6), применяется для описания формы конфликта, в котором организованная группа, не имеющая обычных видов вооружений и экономической власти, атакует слабые места относительно богатого и открытого общества. Эти нападения производятся при помощи нетрадиционных видов оружия, нападающие используют нестандартную военную тактику и не

руководствуются военными или политическими кодексами поведения.

Геноцид

Геноцид — особенно чудовищная форма коллективного насилия, потому что его виновники намеренно избирают одну группу населения для уничтожения. Таким образом, геноцид по определению является коллективным насилием.

Однако само понятие геноцида появилось сравнительно недавно. Хотя историки применяют этот термин ретроспективно к событиям, происходившим и до 1939 г. (и мы будем применять его в историческом смысле в примерах, приводимых ниже в этой главе), юридически термин был определен только после Второй мировой войны. Ужасы нацистского холокоста породили международные дебаты, в результате которых термин был кодифицирован в 1948 г. в Конвенции о предупреждении геноцида и наказании за него. Эта Конвенция вступила в силу 12 января 1951 г. Статья 2 Конвенции определяет геноцид как «любой из актов, совершенных с намерением уничтожить полностью или частично национальную, этническую, расовую или религиозную группу, а именно:

- убийство членов группы;
- нанесение серьезного физического или психического ущерба членам группы;
- преднамеренное воздействие на условия жизни группы с тем, чтобы вызвать ее полное или частичное физическое исчезновение;
- применение средств для предотвращения рождения детей в группе;
- насильственный перевод детей из этой группы в другую группу».

Согласно Конвенции наказываются не только геноцид, но и соучастие в геноциде, заговор с целью его совершения, прямое публичное подстрекательство к нему и попытка совершения геноцида.

Во время конфликта, произошедшего в 1994 г. в Руанде, Совет безопасности ООН выразил в нескольких резолюциях серьезную озабоченность сообщениями об имевшем место там геноциде и решил учредить специальный Международный уголовный трибунал для Руанды. Трибунал уже вынес и утвердил несколько приговоров по случаям геноцида. Судебная палата Международного уголовного трибунала по бывшей Югославии в августе 2001 г. вынесла первый приговор по делу о геноциде в связи с конфликтом в Боснии и Герцегови-

не, относительно резни боснийских мусульман, которая произошла в Сребренице в июле 1995 г.

Данные о коллективном насилии Источники данных

Ряд научно-исследовательских институтов собирает и анализирует данные о жертвах международных конфликтов и конфликтов внутри стран. Среди них Стокгольмский международный институт исследования проблем мира (SIPRI), который разработал подробный стандарт для своих ежегодных сообщений о последствиях конфликтов, и проект «Correlates of War» в Мичиганском университете в США, широко цитируемый источник сведений о масштабах и причинах конфликтов с 19 в. по настоящее время.

Данные о пытках и нарушениях прав человека собираются рядом национальных организаций по правам человека, а также растущим числом международных неправительственных организаций, в том числе «African Rights», «Международная амнистия» и «Наблюдение за правами человека». В Нидерландах междисциплинарная программа по изучению причин нарушений прав человека отслеживает смерти и другие последствия насилия в мире.

Проблемы со сбором данных

Самые бедные страны не имеют надежных систем медицинской регистрации, что особенно затрудняет определение соотношения смертности, болезней и потери трудоспособности в результате конфликтов в этих странах. Кроме того, комплексные чрезвычайные обстоятельства разрушают имеющиеся системы надзора и информации (7). Для преодоления этих трудностей были разработаны некоторые новые методы. В Гватемале три источника данных были соединены с показаниями свидетелей и жертв, чтобы определить общую смертность в результате гражданской войны, которая составила около 132 000 человек. Официально же зарегистрированные цифры были гораздо меньше, так как не включали около 100 000 смертей (8).

Согласно предписаниям военного руководства погибшие в рядах вооруженных сил обычно регистрируются и, вероятно, довольно точно. Однако цифры, относящиеся к геноциду, обычно подвергаются большим манипуляциям и, таким образом, их трудно подтвердить. Количество убитых граждан-

ских лиц может различаться по разным оценкам в десятки раз. От геноцида в Руанде в 1994 г. погибло примерно от 500 000 до 1 000 000 человек. В Восточном Тиморе сразу после конфликта в 1999 г. сообщалось о том, что десятки тысяч людей пропали без вести, и несколько месяцев спустя эти оценки все еще невозможно было уточнить. Точное число погибших с 1998 по 2001 г. в результате конфликта в Демократической Республике Конго неизвестно, хотя недавние оценки показывают, что погибли, вероятно, свыше 2,5 млн человек (9).

При сборе данных возникает много трудностей. Трудно оценить состояние здоровья и смертность среди населения, характеристики которого меняются очень быстро, так как нет доступа к источникам данных или эти данные необъективны. Конфликтующие стороны часто пытаются манипулировать данными о жертвах и о ресурсах. Искается сама информация и способы, при помощи которых определяется число пострадавших. По этой причине важную роль в документировании случаев коллективного насилия должны сыграть гражданские общественные организации. Данные о нарушениях прав человека также трудно проверить, так как виновники этих нарушений делают все, что в их силах — от похищения людей до политических убийств — чтобы скрыть доказательства своих злоупотреблений. Несколько организаций, в том числе «Международная амнистия», «Наблюдение за правами человека» и «Врачи за права человека» разработали всесторонние методы сбора, оценки и проверки данных о нарушениях прав человека.

Масштабы проблемы

По оценкам Всемирной организации здравоохранения в 2000 г. около 310 000 человек умерло от травм, связанных с войной (см. Статическое приложение). Эти жертвы подразделены на категории согласно кодам травм, полученных в результате военных операций, которые установлены Международным классификатором болезней (ICD) (ICD-9¹ E990–E999 или ICD-10² Y36). Уровень смертности в результате войны варьирует от менее 1 случая на 100 000 человек в странах с высоким доходом до 6,2 случаев на 100 000 человек в странах с низким и средним доходом. Самый высокий в мире уро-

¹ Международная классификация болезней, изд. 9-е (10).

² Международная статистическая классификация болезней и проблем со здоровьем, изд. 10-е (11).

вень смертности, связанной с войной, обнаружен в африканском регионе ВОЗ (32,0 случая на 100 000 человек), далее следуют страны с низким и средним доходом в Восточном Средиземноморье и Европе (8,2 и 7,6 случаев на 100 000 человек соответственно).

Пострадавшие от конфликтов

В 16–20 веках общее число погибших в результате конфликтов в течение столетия составляло соответственно 1,6 млн, 6,1 млн, 7,0 млн, 19,4 млн и 109,7 млн (12, 13). Эти цифры, конечно, не показывают, при каких обстоятельствах погибли люди. По некоторым оценкам за четыре столетия в результате захвата рабов и их транспортировки погибло 6 млн человек; 10 млн индейцев в Америке погибло от рук европейских колонистов.

По другой оценке (14) в 20 в. в 25 самых больших коллективных конфликтах прямо или косвенно погибло около 191 млн человек, причем 60% погибших не имели отношения к военным действиям. Кроме Первой и Второй мировых войн двумя наиболее катастрофическими событиями с точки зрения количества смертей были сталинский террор и китайская политика «большого скачка» (1958–1960 г.), во время которых погибли миллионы людей. Точное количество человеческих потерь в результате двух этих катастроф все еще неизвестно. В 25 самых больших конфликтах в 20 в. погибло около 39 млн солдат и 33 млн гражданских лиц. Голод, связанный с конфликтами или геноцидом, унес жизни еще 40 млн человек.

Относительно новое явление в вооруженных конфликтах — увеличение числа насильственных смертей гражданских служащих ООН и работников неправительственных организаций в зонах конфликтов. В период 1985–1998 г. погибли свыше 380 гуманитарных работников (15), при этом среди гражданского персонала ООН было больше потерь, чем среди миротворческих вооруженных сил ООН.

Пытки и изнасилования

Пытки — широко распространенная практика, применяемая во многих конфликтах (см. вставку 8.1). Трудно оценить, насколько широко они распространены, потому что жертвы склонны скрывать полученные травмы, а кроме того политики пытаются скрыть применение пыток.

Изнасилование как орудие войны также фиксируется во многих конфликтах. Обычно это дей-

ствие направлено на женщин, но случаются и изнасилования мужчин. Количество изнасилованных женщин в Боснии и Герцеговине во время конфликта в период с 1992 по 1995 г. по разным оценкам колеблется от 10 000 до 60 000 (22). Сообщения об изнасилованиях в насильственных конфликтах за последние десятилетия были зафиксированы также в Бангладеш, Либерии, Руанде и Уганде (см. гл. 6). Изнасилование часто используется, чтобы терроризировать людей, разрушить общинные связи и принудить людей спасаться бегством. Физическое и психологическое воздействие изнасилований на жертвы велико и длится долго (23, 24).

Природа конфликтов

После Второй мировой войны произошло уже 190 вооруженных конфликтов, причем только четверть из них были межгосударственными. Фактически, современные конфликты происходят все чаще внутри страны, а не между странами. Большинство вооруженных конфликтов после Второй мировой войны длились менее 6 месяцев. Однако были и такие, которые продолжались в течение многих лет. Например, во Вьетнаме насильственный конфликт длился более двух десятилетий. Длительными были также конфликты в Афганистане и Анголе. Общее число продолжающихся вооруженных конфликтов в 1950-е годы — менее 20, в 1960-е и в 1970-е — свыше 30, а в конце 1980-х — уже более 50. Хотя после 1992 г. было меньше новых вооруженных конфликтов, те, что уже были развязаны, в среднем длились дольше.

Несмотря на большое распространение конфликтов внутри государств, конфликты между государствами также имеют место. Война между Ираком и Исламской Республикой Иран в 1980–1988 г. привела к гибели около 450 000 солдат и 50 000 человек среди гражданского населения (13). В конфликте Эритреи и Эфиопии в конце 20 в. участвовали две регулярные армии, которые применяли тяжелые орудия и вели позиционную войну, в результате чего погибли десятки тысяч людей. Были войны, в которых участвовали коалиционные многонациональные вооруженные силы, действующие посредством массированных воздушных атак — так было в войне в Персидском заливе против Ирака в 1991 г. и в кампании НАТО против Федеративной Республики Югославия в 1999 г.

ВСТАВКА 8.1**Пытки**

Ряд международных договоров дал определение пыткам. Конвенция ООН 1984 г. против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания определяет пытки как «акт, посредством которого человеку преднамеренно причиняется сильная боль, физическое или психическое страдание» с целью получить информацию или признание, наказать, запугать или вынудить что-либо сделать «или по любой другой причине, основанной на дискриминации любого рода». В Конвенции выражается озабоченность пытками, которые совершают государственные чиновники или другие лица при исполнении обязанностей.

При подготовке своего доклада о пытках за 2000 г. (16) «Международная амнистия» обнаружила, что пытки или плохое обращение со стороны чиновников имели место более чем в 150 странах. Более чем в 70 странах эта практика была широко распространена, а свыше чем в 80 странах были сообщения о том, что люди умирали в результате пыток. В основном пытки применялись к людям, подозреваемым или изобличенным в уголовных правонарушениях, а большинство тех, кто их осуществлял, были офицеры полиции.

Данные о распространенности пыток, применяемых к подозреваемым в уголовных преступлениях, скорее всего приуменьшены, так как жертвы обычно не могут написать жалобу. В некоторых странах пытки преступников — обычное дело, и они привлекают внимание только тогда, когда уменьшаются явные политические репрессии. При отсутствии надлежащей профессиональной подготовки сотрудников и механизмов расследования полиция может прибегать к пыткам или к плохому обращению, чтобы быстро добиться показаний и признания вины от подозреваемых.

В некоторых случаях целью пыток является желание вырвать у подозреваемого информацию или признание (истинное или ложное), заставить сотрудничать или «сломать» жертву в качестве назидания другим. В других случаях основная цель — наказание или унижение. Иногда пытки используют для вымогательства. Практика пыток, однажды введенная, может закрепиться навсегда.

Пытки — это серьезная проблема для системы здравоохранения, так как они разрушают психическое и физическое здоровье населения. Жертвы пыток обычно остаются в своей стране, пытаются приспособиться к жизни, получая или не получая медицинскую и психосоциальную поддержку. Если не обращать внимания на их особые потребности, они могут все более отчуждаться от общества и не участвовать в его жизни. То же самое происходит с жертвами пыток, которые бежали из своей страны в другую. Данные о людях, ищущих убежища, часть которых подверглась пыткам в своей стране, показывают, что у них есть значительная потребность в медицинской помощи (17, 18).

Неспособность государства взять под контроль пытки поощряет дурную практику, существующую в полиции и силах безопасности, и повышает терпимость общества к нарушению прав человека и насилию. Многие организации медиков заняли активную позицию по отношению к пыткам, усматривая в их предотвращении свой прямой профессиональный долг и благо для охраны здоровья населения (19). Неправительственные организации также принимают меры по предотвращению пыток (20).

Один из контрольных механизмов — система инспекции Совета Европы — был рекомендован для применения на всемирном уровне. Проект Факультативного протокола Конвенции ООН против пыток содержит сходную систему инспектирования мест содержания под стражей. К сожалению, разработка Факультативного протокола идет медленно.

В последние годы число проектов по исследованию и документированию случаев пыток выросло. В 1999 г. судебные эксперты, врачи, наблюдатели по правам человека и юристы из 15 стран составили Руководство ООН по оценке и фиксации медицинских свидетельств пыток, известное как «Стамбульский протокол». Два года спустя оно было опубликовано (21).

Много конфликтов после окончания Второй мировой войны произошло в развивающихся странах. После краха коммунистических режимов в Восточной Европе и бывшем Советском Союзе в конце 1980-х и начале 1990-х годов в Европе произошло резкое, но длившееся недолго, увеличение вооруженных конфликтов.

Типичный размер территории, на которой происходит конфликт, радикально изменился за последние два столетия. До начала 19 в. войны между государствами происходили на «поле боя». Призыв граждан на военную службу во время наполеоновских войн привел к тому, что территория боев стала больше, но по существу не изменилась. Позднее в 19 в. с развитием железных дорог и массового транспорта стала возможна маневренная война с быстрым передвижением военных позиций на больших географических пространствах. А после того как были созданы танки, подводные лодки, бомбардировщики и ракеты с лазерным наведением, поля сражений потянули географические границы. Последние конфликты, например тот, что НАТО вело против Федеративной Республики Югославия в 1999 г., можно считать уже «виртуальными войнами» (25), учитывая, что в основном «воюют» ракеты с дистанционным управлением, а наземные войска почти не привлекаются.

Факторы риска коллективного насилия

Хорошо функционирующая система здравоохранения требует идентификации факторов риска и индикаторов коллективного насилия, а также разработки способов разрешения конфликтов без применения насилия. Уже определено несколько факторов риска больших политических конфликтов. В частности, Комиссия Карнеги по предупреждению смертоносных конфликтов (26) привела список индикато-

ров, наличие которых в государстве подвергает его риску крушения и опасности внутренних конфликтов (см. табл. 8.1). Если этих факторов несколько, они взаимодействуют друг с другом и создают условия для насильственного конфликта. Однако ни один из них по отдельности не может привести к насилию или распаду государства.

Среди факторов риска насильственных конфликтов следующие:

- политические факторы:
 - отсутствие демократических процессов;
 - неравный доступ к власти.
- экономические факторы:
 - резкое неравенство в распределении ресурсов;
 - неравный доступ к ресурсам;
 - контроль под ключевыми естественными ресурсами;
 - контроль над производством и торговлей наркотиками.

ТАБЛИЦА 8.1

Индикаторы риска внутренних конфликтов для государств

Индикаторы	Признаки
Неравенство	<ul style="list-style-type: none"> • Расширение социального и экономического неравенства, особенно между отдельными группами населения, а не внутри их
Быстро меняющиеся демографические характеристики	<ul style="list-style-type: none"> • Высокий процент смертности младенцев • Быстрые изменения в структуре населения, в т.ч. большие потоки беженцев • Чрезмерно высокая плотность населения • Высокий уровень безработицы, особенно среди молодежи • Недостаток продуктов питания или безопасной воды • Споры о территории или природных ресурсах, на которые претендуют некоторые этнические группы
Отсутствие демократических процессов	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение прав человека • Криминализация государства • Продажное правительство
Политическая нестабильность	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрая смена режимов
Этническая принадлежность правящей группы, резко отличная от этнической принадлежности большинства населения	<ul style="list-style-type: none"> • Доступ к политической и экономической власти осуществляется согласно этнической или религиозной принадлежности • Осквернение этнических и религиозных символов
Ухудшение работы государственных служб	<ul style="list-style-type: none"> • Значительное снижение объема и эффективности служб социальной безопасности, обязанных предоставлять всем стандартный минимум услуг
Сильный экономический спад	<ul style="list-style-type: none"> • Неравное экономическое развитие • Неравное распределение доходов или потерь между разными группами населения или географическими территориями, являющееся результатом больших экономических изменений • Крупные экономические трансферты или потери за короткие периоды времени
Насилие между группами, мстящими друг другу	<ul style="list-style-type: none"> • Постоянное насилие между соперничающими группами

- факторы на уровне общества и общин:
 - неравенство групп населения;
 - разжигание группового фанатизма по этническим, национальным или религиозным причинам;
 - доступность оружия.
- демографические факторы:
 - быстрые демографические изменения.

Многие из этих факторов риска можно обнаружить, прежде чем произойдет открытое коллективное насилие.

Политические и экономические факторы

Неравное распределение ресурсов, в частности медицинских услуг и образования, а также доступа к этим ресурсам и к политической власти — зависит ли это от географической территории, принадлежности к социальному классу, религии, расе или этносу — важный фактор, который может способствовать возникновению конфликта между группами. Недемократическое руководство, особенно если оно применяет репрессии, и власть отождествляется с определенным этносом или религией, вносит значительный вклад в возможность возникновения конфликта. Слабость государственных служб, которая обычно больше всего сказывается на бедных слоях населения, может быть ранним признаком ухудшения ситуации.

Конфликты реже возникают в ситуации экономического роста, чем при спаде экономики, когда усиливается борьба за ресурсы.

Глобализация

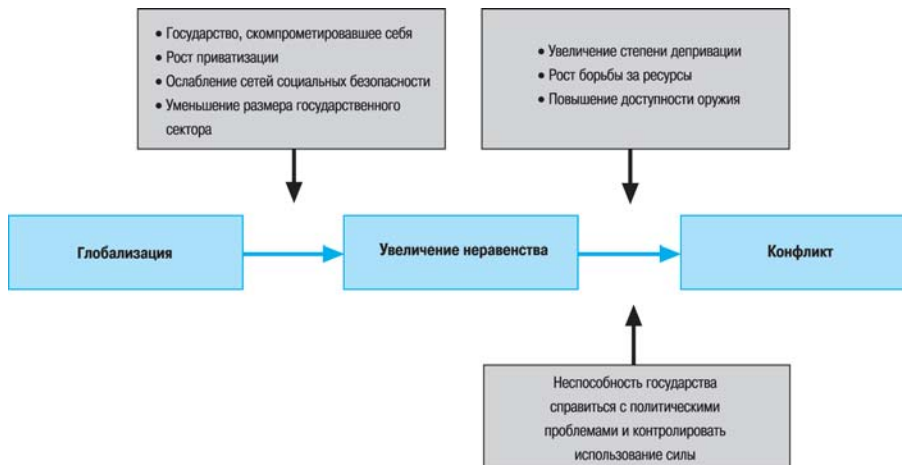
Тенденции в глобальной экономике ускорили темп глобальной интеграции и экономического роста некоторых стран и групп внутри стран, одновременно приводя к фрагментации и экономической маргинализации других. С глобализацией связаны и такие возможные факторы риска конфликта, как финансовые (постоянные большие и быстрые перемещения валют в мире) и культурные (индивидуальные и коллективные желания, вызванные глобальными средствами массовой информации, которые в действительности не могут быть удовлетворены). Пока не известно, ведут ли современные тенденции глобализации к росту конфликтов и насилия внутри государств и между ними. Рисунок 8.1 демонстрирует потенциальные связи между глобализацией и возникновением конфликтов (27).

Природные ресурсы

Большую роль в возникновении и продолжении конфликтов играет борьба за доступ к ключевым природным ресурсам. Конфликты, происходившие в последние двадцать лет, были связаны, например, с алмазами — в Анголе, Демократической Республике Конго и Сьерра-Леоне; с нефтью — в Анголе и Южном Судане; с лесом и драгоценными камнями — в Камбодже. В других местах, например в Афганистане, Колумбии и Мьянме (Бирме), возникновению насильственных конфликтов способствовало желание контролировать производство и распределение наркотиков.

РИСУНОК 8.1

Возможные связи между глобализацией, неравенством и конфликтами



Факторы, действующие на уровне общества и общин

Важный фактор риска возникновения насильственного политического конфликта — существование неравенства между группами, особенно если оно увеличивается (28) и отражает неравное распределение ресурсов внутри общества. Такое часто наблюдается в странах, где доминирует одна община, которая обладает политической, военной и экономической властью над другими общинами.

Доступность населению оружия может также увеличить риск конфликта. Это особенно важно в тех местах, где ранее уже были конфликты и где плохо действуют программы демобилизации, сдачи оружия и создания работы для бывших солдат или их вообще нет.

Демографические факторы

Быстрые демографические изменения — в том числе увеличение плотности населения и доли молодежи в его общей численности — в сочетании с неспособностью страны увеличить соответственно число рабочих мест и школ могут способствовать насильственному конфликту, особенно там, где присутствуют и другие факторы риска. В таких условиях обычно происходят большие перемещения населения, так как отчаявшиеся люди ищут более сносной жизни в других местах, а это в свою очередь может повысить риск насилия на территориях, куда люди переселяются.

Технологические факторы

Технологический уровень оружия не обязательно влияет на риск конфликта, но определяет масштаб конфликта и количество разрушений, которые произойдут. Много столетий назад переход от лука к арбалету уве-

личил дальность действия и разрушительную силу метательного оружия. Гораздо позже было разработано простое огнестрельное оружие, за ним последовали винтовки, пулеметы и автоматы. Способность стрелять большим количеством пуль, быстрее, дальше и точнее значительно увеличила потенциальную разрушительную силу такого оружия.

Тем не менее, как показал геноцид в Руанде в 1994 г., даже при помощи такого простого оружия как мачете (нож для рубки сахарного тростника) можно проводить массовое уничтожение людей (29). Не совсем обычное оружие использовалось и в террористических актах, совершенных в США 11 сентября 2001 г., когда угнанные пассажирские самолеты врзались в башни Всемирного торгового центра и Пентагона, убив несколько тысяч людей.

ТАБЛИЦА 8.2

Примеры прямого влияния конфликта на здоровье

Влияние на здоровье	Причины
Увеличение смертности	<ul style="list-style-type: none"> Смерть от внешних причин, главным образом от оружия Смерть от инфекционных болезней (таких как корь, полиомиелит, столбняк и малярия) Смерть от незаразных болезней, а также смерть, которой в обычных условиях при надлежащем лечении можно было бы избежать (от таких болезней как астма, диабет и в случаях экстренной хирургии)
Увеличение заболеваемости	<ul style="list-style-type: none"> Травмы от внешних причин: от оружия, противопехотных мин, увечья, ожоги и отравления Заболевания, связанные с другими внешними причинами, включая сексуальное насилие Инфекционные болезни: <ul style="list-style-type: none"> — связанные с водой (холера, брюшной тиф, дизентерия, вызванная "Shigella spp.") — векторные болезни* (малярия и онхоцеркоз) — другие инфекционные болезни (туберкулез, острые респираторные заболевания, ВИЧ-инфекция и другие болезни, передаваемые половым путем) Репродуктивное здоровье: <ul style="list-style-type: none"> — увеличение числа мертворожденных и недоношенных, а также младенцев с низким весом при рождении; больше осложнений при родах — длительные генетические последствия воздействия химических веществ и радиации Питание: <ul style="list-style-type: none"> — острое и хроническое истощение и авитаминоз Психическое здоровье: <ul style="list-style-type: none"> — тревога — депрессия — посттравматический стресс — суицидальное поведение
Увеличение инвалидности	<ul style="list-style-type: none"> Физические Психологические Социальные

* болезни, при которых передача возбудителя инфекции осуществляется переносчиками, например насекомыми (*прим. ред.*).

Последствия коллективного насилия

Влияние на здоровье

Влияние конфликтов на здоровье может быть очень большим — это смерти, болезни и потеря трудоспособности (см. табл. 8.2).

Детская смертность

Во время конфликтов детская смертность обычно увеличивается. Так как перестают проводиться профилактические мероприятия, могут распространиться эпидемии таких болезней, как корь, столбняк и дифтерия. В середине 1980-х годов смертность младенцев в Уганде на некоторых занятых конфликтами территориях составила свыше 600 случаев на 1000 человек (30). Согласно данным Детского фонда ООН в период с 1960 по 1986 г. наблюдалось снижение детской смертности во всех странах Южной Африки, за исключением Анголы и Мозамбика, в которых продолжались конфликты (31). Искоренению таких инфекционных болезней, как полиомиелит, мешают очаги, сохраняющиеся на территориях, пораженных конфликтами.

В Зепе (Босния и Герцеговина) — «безопасной зоне», контролируемой ООН и впоследствии занятой войсками боснийских сербов, — уровень перинатальной и детской смертности удвоился уже спустя год после начала конфликта. В Сараево удвоилось число младенцев, родившихся недоношенными, а средний вес при рождении снизился к 1993 г. на 20%.

Инфекционные заболевания

Увеличение риска инфекционных заболеваний во время конфликтов обычно происходит из-за:

- снижения охвата населения прививками;
- передвижений населения и перенаселенности в лагерях для беженцев;
- распространения переносчиков заболеваний и ухудшения экологии (например, загрязнения воды);
- ухудшения работы системы здравоохранения и работы на местах;
- отсутствия доступа к медицинской помощи.

Во время войны в Боснии и Герцеговине в 1994 г. прививки были сделаны менее чем 35% детей, по сравнению с 95% до начала боевых действий (32, 33). В Иране наблюдалось резкое снижение уровня иммунизации после войны в Персидском заливе в 1991 г. и последующего наложения экономических

и политических санкций. Однако пример Сальвадора показывает, что при избирательном вмешательстве и снабжении адекватными средствами некоторые проблемы здравоохранения можно решать и во время конфликтов (34).

Эпидемия кори в Никарагуа в 1985–1986 г. возникла в основном из-за того, что медицинские службы не могли проводить иммунизацию населения из групп риска, которое проживало на территориях, охваченных конфликтом (35). В Эфиопии (36) и Мозамбике (37) ослабление контроля над малярией привело к эпидемиям во время конфликтов. Вспышка геморрагической лихорадки «Ebola» в Гулу (Уганда) в 2000 г., как полагают, была связана с возвращением войск из Демократической республики Конго.

В Эфиопии в конце 1980-х годов эпидемии брюшного тифа и возвратного тифа — инфекционных болезней, передаваемых зараженными клещами, вшами или блохами, — возникли, вероятно, из-за переполненности военных лагерей и тюрем, а также из-за продажи инфицированных одеял и одежды отступающими солдатами местным общинам (36). При массовом бегстве населения из Руанды в 1994 г. эпидемии болезней, связанных с водой, в частности холеры и дизентерии *Shigella* spp., привели к гибели в течение месяца 6–10% беженцев, прибывших в Заир (теперь Демократическая республика Конго) (38). В день гибло примерно 20–35 человек из 10 000, что в 2–3 раза выше, чем раньше среди беженцев.

Во время насильственных конфликтов и после них чрезвычайно увеличивается риск инфицирования ВИЧ и другими болезнями, передаваемыми половым путем (39). Во многих вооруженных подразделениях распространение ВИЧ-инфекции уже достигло высокого уровня (40). В период конфликта военные (включая иногда и миротворческие войска) силой или за деньги заставляют местное население оказывать им сексуальные услуги (41). Распространение ВИЧ-инфекции и других болезней, передаваемых половым путем, усиливается еще и из-за того, что войска часто передвигаются и в конце концов после демобилизации возвращаются в разные регионы (36, 42, 43). Вообще, беженцы из зон конфликтов и люди, перемещающиеся внутри страны, имеют повышенный риск ВИЧ-инфекции (44), потому что:

- они более уязвимы к жестокому сексуальному обращению и насилию;
- они чаще обращаются к проституции, будучи лишены обычных источников существования;

- перемещенные дети, которым нечем заняться и за которыми, возможно, никто не присматривает, могут стать сексуально активными раньше, чем это было бы в нормальных условиях;
- кровь, используемая для переливаний в экстремальных случаях, не всегда проверяется на ВИЧ.

Потеря трудоспособности

Имеется мало данных о количестве случаев потери трудоспособности в результате конфликтов. Общенациональное обследование населения, проведенное в 1982 г. в Зимбабве, обнаружило, что 13% случаев физической инвалидности были прямым следствием последнего вооруженного конфликта. Более чем 30-летний вооруженный конфликт в Эфиопии привел примерно к 1 млн смертей, причем приблизительно половина умерших были гражданскими лицами (36). Из 300 000 солдат, вернувшихся с фронта после окончания конфликта, около 1/3 имели ранения или были нетрудоспособны, а по крайней мере 40 000 человек потеряли одну или более конечностей.

Главный источник инвалидности — мины. В Камбодже 36 000 человек потеряли одну или обе ноги после случайного взрыва мины — т.е. каждый 236-й (45). Только в 1990 г. 6 000 человек стали инвалидами из-за этого. В Афганистане в 1980-х годах было заложено свыше 30 млн мин.

В некоторых конфликтах, чтобы деморализовать противника, систематически применяют отрезание ушей и губ, как в Мозамбике во время гражданской войны (40), или конечностей, как недавно в Сьерра-Леоне (47).

Психическое здоровье

Воздействие конфликтов на психическое здоровье определяется рядом факторов. Среди них (48):

- изначальное состояние психического здоровья жертв коллективного насилия;
- природа конфликта;
- форма травмы (является ли пострадавшее лицо свидетелем актов насилия или же к нему непосредственно применяли пытки или другие виды репрессий);
- реагирование на травму индивидов и общества;
- культурный контекст, в котором происходит насилие.

Психологические стрессы, связанные с конфликтами, являются результатом (49):

- насильственного или добровольного перемещения;
- потерь и горя;
- социальной изоляции;
- потери общественного статуса;
- потери общины;
- приспособления к новой в культурном отношении окружающей среде.

Среди проявлений такого стресса могут быть:

- депрессия и тревога;
- психосоматические расстройства;
- суицидальное поведение;
- семейный конфликт;
- злоупотребление алкоголем;
- антисоциальное поведение.

Одинокие или изолированные беженцы, а также женщины, в отсутствие мужей оказавшиеся главами семей, особенно подвержены риску психологического стресса.

Некоторые эксперты (48, 50) не согласны с тем, что у людей нет способностей и гибкости, чтобы сопротивляться неблагоприятным условиям, возникающим во время насильственного конфликта. Другие опасаются (51), что гуманитарные программы помощи могут подменить политический диалог между сторонами конфликта, которые являются его главными движущими силами. Исследования, проведенные в ЮАР (52), обнаружили, что далеко не все, кто подвергался травмам при апартеиде, стали его «жертвами». По крайней мере некоторые смогли ответить на насилие, потому что считали, что имеют законное право бороться за себя. Медицинская модель, которая предписывает индивидуумам обязательное получение «посттравматического стресса», не принимает в расчет разнообразие и сложность человеческих реакций на стрессовые события (48). Сейчас становится яснее, что выздоровление после психологической травмы, являющейся результатом насильственного конфликта, связано с восстановлением социальных и экономических связей и культурных обычаев (50).

Результатом насильственных конфликтов часто является увеличение распространенности депрессии, злоупотребления наркотиками и другими веществами и самоубийств (34). До начала двадцатилетнего насильственного конфликта уровень суицидов на Шри-Ланке был гораздо ниже, чем

сейчас (53). Подобное произошло и в Сальвадоре (34). В обоих случаях резкое увеличение суицидов было — по крайней мере, частично — следствием политического насилия.

С точки зрения психического здоровья население, подвергшееся воздействию конфликта, можно разделить на три группы (54):

- получившие вследствие психических заболеваний инвалидность;
- имеющие тяжелую психологическую реакцию на травму;
- люди (их большинство), которые в состоянии сами прийти в себя после того, как мир и порядок будут восстановлены.

Первые две группы, вероятно, получают значительную пользу от оказания помощи по поводу психического расстройства, которая принимает в расчет культурные и социальноэкономические факторы.

Влияние конфликтов на здоровье некоторых особых групп населения

Прямое влияние конфликта на здоровье солдат и офицеров обычно регистрируется с некоторой степенью точности. Однако его влияние на другие группы населения часто трудно определить. Численность населения и его плотность могут значительно колебаться за короткие периоды времени, так как люди перемещаются в безопасные места и туда, где имеется больше ресурсов. Этот факт осложняет определение влияния конфликта на их здоровье.

Гражданское население

Согласно Женевским конвенциям 1949 г. вооруженные силы, выбирая цели для поражения, должны применять принципы пропорциональности и избирательности. Под *пропорциональностью* подразумевается старание свести к минимуму потери среди гражданских лиц, когда преследуются военные и связанные с ними объекты. *Избирательность* означает избегание гражданских целей там, где это возможно (52). Тем не менее, несмотря на эти попытки регулировать воздействие вооруженных конфликтов, в них гибнет множество гражданских лиц.

Хотя смерти среди гражданского населения могут быть и прямым результатом военных операций, увеличение уровня смертности во время конфликта обычно отражает комбинацию следующих факторов:

- недостаток пищи, приводящий к истощению;
- увеличение риска инфекционных заболеваний;
- уменьшение доступа к медицинскому обслуживанию;
- сокращение программ по охране здоровья;
- плохие экологические условия;
- психосоциальное напряжение.

Беженцы и люди, перемещенные внутри страны

Среди беженцев и людей, перемещенных внутри страны, высока смертность, особенно непосредственно после миграции (55, 56). Обследования показали значительное увеличение уровня смертности. В худшем случае — во время острой фазы миграций — он был в 60 раз выше предполагаемого уровня (55, 57, 58). В Монровии (Либерия) уровень смертности среди гражданских лиц, мигрировавших во время конфликта в 1990 г., был в семь раз выше, чем во время, предшествующее конфликту (57).

От истощения, диареи и инфекционных болезней чаще всего гибнут дети, хотя от таких инфекционных болезней, как малярия, туберкулез и ВИЧ-инфекция, а также от неинфекционных болезней, травм и насилия обычно страдают взрослые. Важное влияние на здоровье беженцев во время и после конфликтов оказывает их первоначальное состояние здоровья, доступ к ключевым товарам и услугам (таким как еда, кров, вода, санитария и медицинская помощь) и степень, до которой они подвергаются воздействию новых болезней.

Демографические последствия конфликтов

Большое число мигрантов — это одно из следствий изменения методов ведения современной войны, когда под прицелом находятся целые общины. Общее число беженцев, пересекших границы своих стран, в 1970 г. составило около 2,5 млн, в 1983 г. — 11 млн и в 1997 г. — 23 млн (59, 60). Кроме того, в начале 1990-х годов примерно 30 млн человек мигрировали внутри своих стран (60), причем большинство спасались бегством из зон конфликта. Внутренние мигранты, вероятно, имели меньше доступа к ресурсам и международной поддержке и чаще подвергались риску насилия, чем те, кто бежал за границу (61).

ТАБЛИЦА 8.3

Количество внутренних мигрантов и беженцев (в млн чел.) по регионам в период с 1990 по 1998 г.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Лица, мигрировавшие в пределах своей страны (IDP)									
Африка	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Северная и Южная Америка	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Южная Азия	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Европа	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Ближний Восток	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Беженцы									
Африка	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Северная и Южная Америка	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Южная Азия	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Европа	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Ближний Восток	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Соотношение IDP и беженцев									
Африка	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Северная и Южная Америка	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Южная Азия	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Европа		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Ближний Восток	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Источник: исследование 62.

Таблица 8.3 показывает передвижения беженцев и внутренних мигрантов в 1990-е годы (62). В Африке, Северной и Южной Америке и Европе в это время гораздо больше людей мигрировало в пределах своих стран, чем бежало за границу, тогда как в Азии и на Ближнем Востоке была обратная ситуация.

Насильственное перемещение населения, которое практикуется некоторыми правительствами в целях безопасности, развития или по идеологическим причинам, может также оказывать серьезное влияние на здоровье населения. В период между 1985 и 1988 г. в Эфиопии по правительственной программе около 5,7 млн человек (15% от всего сельского населения) были принудительно перемещены из северных и восточных провинций в деревни на юго-западе (63). При режиме Пол Пота, действовавшем в Камбодже с 1975 по 1979 г., сотни тысяч городских жителей были насильственно перемещены в сельскую местность.

Социэкономическое влияние

Воздействие конфликта на экономику может быть очень глубоким (64, 65). Государственные расходы на здравоохранение и образование, вероятно, резко снизятся, т.к. во время конфликтов государство

сталкивается с трудностями при сборе налогов и получении других доходов (например, от туризма), а также из-за того, что увеличиваются военные расходы. В Эфиопии доля военных расходов в государственном бюджете увеличилась с 11,2% в 1973–1974 г. до 36,5% в 1990–1991 г., а доля расходов на здравоохранение в этом же периоде резко снизилась — с 6,1% до 3,2% (36).

Конфликты также оказывают значительное влияние на человеческие ресурсы и производительность экономики. Доходы семей резко сокращаются. Рост цен, перебои со снабжением важнейшими товарами и спекуляция приводят к дальнейшему ухудшению существования.

Была сделана попытка измерить ущерб, который конфликт наносит развитию страны. Выяснилось, что в странах, находящихся в состоянии конфликта, продолжительность жизни увеличивалась в меньшей степени, чем в других странах того же региона и сходного социальноэкономического статуса; то же касается и снижения детской смертности и уровня смертности среди всего населения (66). Однако на результаты такого анализа могла повлиять пандемия СПИДа, которая обычно резко обостряется во время конфликтов и нестабильности (42, 43).

Продукты питания и сельское хозяйство

Во время конфликтов воюющие стороны специально направляют свои усилия на нарушение производства и распределения продуктов питания (67). Во время конфликта в Эфиопии между правительственными войсками и силами сепаратистов Эритреи и Тигре в период с 1974 по 1991 г. фермерам мешали сеять и собирать урожай, а солдаты расхищали семена и вводили скот. В Тиграе и Эритрее фермеров призывали на военную службу, а затем минировали землю, конфисковывали пищу и забивали скот (36). Потеряв скот, фермеры не могут обрабатывать землю, что оказывает как краткосрочное, так и долгосрочное негативное влияние на сельское хозяйство.

Инфраструктура

Во время конфликта могут быть повреждены важнейшие сети инфраструктуры. При этом особенно тяжелое влияние на здоровье оказывает разрушение водных и канализационных систем. В южном Судане и Уганде, где в начале и середине 1980-х годов происходили конфликты, были преднамеренно разрушены деревенские ручные насосы; на территориях, контролируемых повстанческими силами, это сделали правительственные войска, а на территориях, находящихся под правительственным контролем — партизаны (30). Во время военных операций против Ирана в 1991 г. водоснабжение, канализация и другие санитарные службы были сильно повреждены постоянными бомбежками (68).

Работа системы здравоохранения

Воздействие конфликта на работу учреждений здравоохранения может быть разным (см.

табл. 8.4). До войны в Персидском заливе в 1991 г. медицинской помощью в Иране было охвачено 90% населения, при этом большинству детей до 5 лет делались плановые прививки. Во время конфликта многие больницы и клиники были сильно повреждены, так что их пришлось закрыть, а оставшиеся вынуждены были обслуживать гораздо

ТАБЛИЦА 8.4
Влияние конфликтов на работу системы здравоохранения

Объекты влияния	Проявления влияния
Доступ к учреждениям	<ul style="list-style-type: none"> Снижение безопасности (из-за таких факторов, как мины и комендантский час) Уменьшение географического доступа (например, из-за плохой работы транспорта) Снижение экономического доступа (например, из-за увеличения стоимости медицинских услуг) Уменьшение социального доступа (например, потому что медицинские учреждения боятся, что их сочтут участниками конфликта)
Инфраструктура	<ul style="list-style-type: none"> Разрушение клиник Нарушение системы направления к врачам Повреждение транспорта и оборудования Плохая работа систем логистики и коммуникаций
Человеческие ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> Ранения, исчезновения и смерти врачей и других работников здравоохранения Перемещение и изгнание людей Снижение моральных норм В государственном секторе, особенно на опасных территориях, остается мало работников здравоохранения Прекращение обучения медиков и надзора за системой здравоохранения
Оборудование и снабжение	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие медикаментов Отсутствие технического обслуживания Недостаточный доступ к новым технологиям Невозможность сохранять вакцины охлажденными
Деятельность по охране здоровья	<ul style="list-style-type: none"> Переход с первичного ухода на третичный Оказание медицинской помощи преимущественно в городах Уменьшение деятельности на периферии и в общинах Свертывание работы на местах и профилактических мероприятий Нарушение работы систем надзора и медицинской информации Замораживание программ контроля над переносчиками заболеваний и программ охраны здоровья населения (включая обмен информацией с партнерскими организациями) Программы фокусируются в основном на одном заболевании (таким как малярия) или одном способе борьбы (например, на иммунизации) Большее количество организаций оказывают базовые услуги
Формулирование политики в области здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> Ослабление страны Неспособность контролировать и координировать деятельность неправительственных организаций и доноров Решения принимаются на основании меньшего количества информации Меньшее обсуждение политики на местном и международном уровне Ослабление общинных структур и уменьшение их участия в жизни общества
Оказание гуманитарной помощи	<ul style="list-style-type: none"> Ограничение доступа к некоторым территориям Увеличение стоимости услуг по доставке Увеличение давления на системы и службы общин, принимающих беженцев Основное внимание уделяется отдельным проблемам и программам при сокращении межсекторной интеграции Персонал, выдающий пособия, работает в более опасных условиях Ослабление координации и коммуникации между учреждениями

большие территории. Повсеместные повреждения систем водоснабжения, электричества и канализации еще больше снизили способность медицинских учреждений оказывать помощь населению (68). Во время насильственного конфликта в Восточном Тиморе, разразившегося после референдума о независимости, повстанцы разрушили практически все учреждения здравоохранения. Осталась только главная больница в столичном городе Дили.

Во время конфликта снабжение учреждений медикаментами обычно нарушается, что приводит к ухудшению состояния больных, принимающих профилактические средства, в частности страдающих такими потенциально смертельными болезнями, как астма, диабет и ряд инфекционных заболеваний. Помимо медикаментов, не хватает медицинского персонала, диагностического оборудования, часто отсутствует электричество и вода — все это серьезно влияет на качество доступной медицинской помощи.

Работники служб здравоохранения также обычно подвергаются воздействию насильственных конфликтов. Иногда преднамеренные действия совершаются против медицинского персонала; так было в Мозамбике и Никарагуа. Квалифицированный персонал часто уходит в более безопасные сельские местности или вообще отказывается от своей профессии. В Уганде в период с 1972 по 1985 г. половина врачей и 80% фармацевтов покинуло страну из соображений безопасности. В Мозамбике из 550 врачей, которые были здесь в последние годы португальского колониального правления, в конце войны за независимость в 1975 г. остались на месте только 15% (69).

Что можно сделать, чтобы предупредить коллективное насилие?

Снижение вероятности возникновения насильственных конфликтов

Среди мер, которые необходимо принять для снижения возможности возникновения насильственных конфликтов в мире, следующие (70):

- снижение бедности, как в абсолютных, так и относительных масштабах, и направление средств для развития таким образом, чтобы они больше всего уменьшали бедность;
- большая подотчетность принятия решений;

- уменьшение неравенства между группами в обществе;
- уменьшение доступа к биологическому, химическому, ядерному и другим видам оружия.

Выполнение условий международных договоров

Важным элементом предупреждения насильственных конфликтов и других форм коллективного насилия является обеспечение применения международных договоров, включая те, которые связаны с правами человека.

Правительства стран смогут предупредить конфликты, если будут придерживаться духа Устава ООН, которая требует предотвращения агрессии и обеспечения международного мира и безопасности. На более конкретном уровне это означает придерживаться международных юридических инструментов, в частности Женевских Конвенций 1949 г. и их Протоколов от 1977 г.

Законы, относящиеся к правам человека, особенно те, источником которых является Международный пакт о гражданских и политических правах, ограничивают способы осуществления правительствами власти над людьми, находящимися под их юрисдикцией, и безусловно запрещают пытки и геноцид. Международный уголовный суд станет постоянным механизмом, имеющим дело с военными преступлениями и преступлениями против человечества. Он может также препятствовать насилию, направленному на гражданское население.

Договоры и соглашения по борьбе с коллективным насилием, которые устанавливают сдерживающие средства и санкции против насилия, более эффективны в отношении насилия между государствами, чем насилия в пределах одной страны, а в последнее время конфликты все чаще происходят именно на территориях отдельных стран.

Потенциальные выгоды глобализации

Благодаря глобализации появились новые способы повышения общественной осведомленности о насильственных конфликтах, их причинах и последствиях. Новые технологии позволяют не только обмениваться идеями, но и оказывать давление на политиков с целью повысить подотчетность и прозрачность управления и уменьшить социальное неравенство и несправедливость.

Число международных организаций, которые следят за конфликтами в мире и побуждают

правительства предпринимать превентивные или исправительные действия, растет; в частности, это «Международная амнистия», «Наблюдатели за правами человека», «Международная кампания по запрещению мин» и «Врачи за права человека». Люди и группы, пострадавшие от конфликта, могут теперь — через эти и другие организации — используя новые технологии, сообщить о своем опыте и обеспокоенности широкой публике.

Роль системы здравоохранения

Инвестиции в развитие здравоохранения также способствуют предупреждению насильственных конфликтов. Внимание, уделяемое социальным службам, может помочь поддерживать в обществе сплоченность и стабильность.

В медицинском секторе часто заметны ранние признаки ситуаций, которые могут привести к конфликтам. Работники здравоохранения должны привлекать внимание к этим признакам и требовать соответствующего социального и медицинского вмешательства, чтобы снизить риск насильственного конфликта (см. вставку 8.2).

Неравенство между социальными группами и неравный доступ к ресурсам — важные факторы риска насилия, а сектор здравоохранения может выявить неравенство в медицинском статусе и доступе к медицинской помощи. Определение этих неравенств на раннем этапе и принятие исправительных мер — важные действия по предубеждению потенциальных конфликтов, особенно там, где увеличивается расхождение между социальными группами. Отслеживание распределения средств, динамики болезней, связанных с бедностью, которые лечатся или против них проводятся профилактические мероприятия, а также неравенства в выживании после болезней — все это существенно для определения различных видов неравенства в обществе, которые обычно не распознаются, но очень важны и могут увеличиваться.

Сектор здравоохранения может также выполнять и другую работу, например публиковать данные о влиянии насильственных конфликтов на социум, экономику и на здоровье людей.

Реагирование на насильственные конфликты

Оказание помощи во время конфликтов

Обычно в периоды конфликтов возникают следующие гуманитарные проблемы (71):

- как улучшить медицинскую помощь основному населению страны параллельно с предоставлением помощи беженцам;
- как сделать так, чтобы помощь была высокого качества, гуманной и эффективной;
- как вовлечь общины в определение приоритетов и путей оказания помощи;
- как создать устойчивые механизмы, посредством которых опыт, полученный в этой области, можно будет использовать при формулировании политики.

Беженцы, покинувшие свои страны, теряют обычные источники медицинской помощи. Они могут пользоваться только теми услугами, которые имеются в наличии в принявшей их стране или предоставляются международными и неправительственными организациями. Медицинские учреждения принимающей страны могут быть совершенно переполнены, если внезапно прибывает большое количество беженцев, которые будут пытаться пользоваться местной медицинской помощью. Это может стать источником антагонизма между беженцами и основным населением страны и вылиться в новое насилие. Такой антагонизм может усилиться, если беженцам оказывают более дешевые услуги, в том числе медицинскую помощь, чем местному населению, или если принимающая страна не получает средств извне, чтобы справиться с этим чрезвычайным бременем. Когда во время конфликта 1999 г. этнические албанцы из Косова бежали в Албанию и в Бывшую Югославскую Республику Македония, ВОЗ и другие организации постарались помочь системам здравоохранения и социального обеспечения этих стран справиться с дополнительной нагрузкой, а не просто разрешить организацию параллельной помощи через международные гуманитарные учреждения.

Планируя свою реакцию на кризис, правительства и организации должны:

- оценить на самой ранней стадии, кто особенно уязвим и каковы их потребности;
- строго координировать деятельность участников борьбы с кризисом;
- работать над увеличением глобальных, национальных и местных возможностей, так чтобы эффективная медицинская помощь оказывалась на всех стадиях развития кризиса.

Всемирная организация здравоохранения разработала механизм надзора над ситуацией, который помогает идентифицировать конфликты и

ВСТАВКА 8.2**Здоровье как мост к миру**

Концепция, согласно которой здоровье может содействовать региональному примирению и сотрудничеству, была отражена в 1902 г. в основополагающих принципах Всеамериканской организации здравоохранения (Pan American Health Organization — PAHO) — старейшей международной организации здравоохранения в мире. Эту концепцию PAHO и подразделение ВОЗ по Северной и Южной Америке применяют уже двадцать лет.

В 1984 г. PAHO и ВОЗ в сотрудничестве с национальными министерствами здравоохранения и другими учреждениями начали применять особую стратегию на раздираемых войнами территориях Центральной Америки. Цель заключалась в улучшении здоровья населения Центральной Америки путем сотрудничества стран этого региона. План носил общий заголовок «Здоровье — мост к миру, солидарности и пониманию» и состоял из ряда программ.

На первом этапе — до 1990 г. — было семь приоритетов сотрудничества:

- укрепление медицинских служб;
- развитие человеческих ресурсов;
- поставка важнейших лекарственных препаратов;
- снабжение продуктами питания;
- борьба с главными тропическими болезнями;
- снижение детской смертности;
- улучшение водоснабжения и канализации.

В течение нескольких лет было разработано свыше 250 проектов, соответствующих этим приоритетам, которые стимулировали мирное сотрудничество народов и групп населения в Центральной Америке, а не их противостояние. В Сальвадоре, например, несмотря на трудность работы в обстановке политического насилия, проводились так называемые «дни спокойствия», во время которых война приостанавливалась, так чтобы детям можно было сделать прививки. Такой порядок длился с 1985 г. до конца конфликта в 1992 г., что позволило ежегодно прививать свыше 300 000 детей. Случаи заболеваний корью и столбняком резко сократились, а заболеваемость полиомиелитом упала до нуля.

Кроме того, страны совместно контролировали заболеваемость малярией, проводили тренинги и сотрудничали при распределении и перевозе через границы медикаментов и вакцин. Были созданы региональные и местные сети медицинской информации и учреждена система быстрого реагирования на стихийные бедствия. Тем самым был создан прецедент для расширения диалога в регионе до тех пор, пока не будет заключен окончательный мир.

На втором этапе инициативы — с 1990 по 1995 г. — системы здравоохранения во всех странах Центральной Америки предпринимали действия по развитию стран и установлению демократии. После заключения мира PAHO и ВОЗ помогали проводить демобилизацию солдат и социальную реинтеграцию тех, кто больше всего пострадал во время конфликта, в том числе коренного населения и тех, кто жил возле границ. На третьем этапе — с 1995 по 2000 г. — забота о здоровье продолжала оставаться движущим фактором демократической консолидации.

В период между 1991 и 1997 г. похожие программы проводились в Анголе, Боснии и Герцеговине, Хорватии, Гаити и Мозамбике. В каждой программе представители региональных подразделений ВОЗ работали в тесном сотрудничестве с правительствами, местными неправительственными организациями и учреждениями ООН. Все эти программы были средством восстановления систем здравоохранения после окончания конфликтов. В Анголе и Мозамбике Всемирная организация здравоохранения приняла участие в процессе демобилизации, реинтегрировала службы здравоохранения, которые ранее находились вне контроля правительства, в национальную систему и провела повторное обучение работников здравоохранения из этих регионов. В Боснии и Герцеговине, а также в Хорватии Всемирная организация здравоохранения облегчила коммуникацию между разными этническими группами и способствовала регулярным контактам и сотрудничеству медицинских специалистов из всех общин.

ВСТАВКА 8.2 (продолжение)

Весь опыт, полученный в этот период, Всемирная организация здравоохранения объединила в 1997 г. в глобальной программе «Здоровье как мост к миру». После этого были созданы новые программы для Кавказского региона, Боснии и Герцеговины, Индонезии, Шри-Ланки и Бывшей Югославской Республики Македония. В Индонезии, например, Всемирная организация здравоохранения организовала бригады медиков, которые действуют на территории фактических или потенциальных конфликтов. Одна из таких групп, в которую входят врачи как мусульманского, так и христианского вероисповедания, работает на островах провинции Малуку, где в последние годы происходят резкие столкновения на религиозной почве.

Действуя под эгидой программы «Здоровье как мост к миру», работники здравоохранения способствуют миру во всем мире, вносят свой вклад в стабильность и восстановление стран после окончания конфликтов и помогают примирению разделенных и разрываемых раздорами общин.

реагировать на них до того, как они начались. «Health Intelligence Network for Advanced Contingency Planning» (подразделение ВОЗ) обеспечивает быстрый доступ к новейшей информации о странах и показателях здоровья их населения, а также создает руководства о том, как лучше собирать данные по болезням.

В экстренных ситуациях гуманитарные организации пытаются в первую очередь предотвратить гибель людей, а затем восстановить среду, где будет возможно оказание нормальной медицинской помощи. Многие организации, оказывающие помощь, считают своей главной задачей спасение людей, чьи жизни подвергаются риску в результате ненормальных ситуаций, но не интересуются тем, надолго ли сохранятся результаты их деятельности. Другие организации работают на перспективу и пытаются заранее учитывать такие вопросы, как эффективность, длительность результатов, равенство и общинное имущество — все это принесет большую пользу через длительное время. Согласно этому подходу нужно создавать рабочие группы на местах, что позволит снизить затраты. Однако превратить краткосрочные меры в длительно работающие системы довольно трудно.

Организации должны более тесно сотрудничать, если они хотят извлекать максимальную пользу из своих ресурсов, снизить до минимума дублирование деятельности и увеличить эффективность работы. «Кодекс поведения гуманитарных организаций», предложенный Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (62), утверждает ряд ключевых принципов, которые многие гуманитарные орга-

низации приняли за основу своей деятельности. Однако этот кодекс — добровольный, его принципы нельзя навязать и, кроме того, нельзя проверить, действительно ли они выполняются.

Этические соображения предоставления помощи

Существуют этические проблемы, связанные с вмешательством в экстремальные ситуации. Они касаются, в частности, того, как распределять помощь. В некоторых кризисных ситуациях — например, в Сомали в начале 1990-х годов — организации, оказывающие помощь, нанимали вооруженных охранников, чтобы суметь выполнить свои операции, что можно считать этически сомнительным действием. Что касается распределения помощи, обычно предполагают, что часть ее попадет к воюющим сторонам. Обычно организации считают, что некоторая степень «утечки» ресурсов приемлема в том случае, если большая их часть все же достигнет запланированного места назначения. Однако в некоторых местах утечка продуктов питания и других товаров была настолько велика, что гуманитарные организации были вынуждены отказаться от их передачи.

Другая этическая проблема возникает из-за того, что работа гуманитарных организаций с воюющими сторонами отчасти легитимизирует их деятельность. Возникает вопрос, должны ли эти организации, наблюдающие факты жестокого обращения, молчать о них или заявлять публично, а также должны ли они продолжать оказывать помощь воюющим сторонам, если плохое обращение продолжается. Андерсон (72) обсуждает в своей рабо-

те и более широкие темы, а именно: может ли неотложная помощь приблизить мир или же наоборот — она только продляет конфликты.

Участие общин

Во время конфликтов структура и деятельность местных общин может быть серьезно нарушена. Люди могут бояться активно обсуждать такие вопросы, как социальная политика или проведение кампаний в пользу маргинальных или уязвимых групп населения. Это особенно касается недемократических политических режимов, где государство угрожает насилием предполагаемым противникам режима.

В некоторых случаях, однако, действия в общинах могут приводить к положительному результату — вероятно, в тех общинах, где лучше развита социальная структура, в том числе оказание медицинской помощи. Общины сильнее действуют в конфликтах, замешанных на идеологии, например в таких, которые происходили во второй половине 20 в. в Мозамбике, Никарагуа и Вьетнаме. В конфликте в Эфиопии (1974–1991 г.) политические движения, зародившиеся в общинах Эритреи и Тигре, участвовали в создании местных политических структур и в развитии стратегии системы здравоохранения (73).

Помощь по восстановлению после конфликтов

Существуют разные мнения о том, как лучше восстановить работу всех служб, когда страны выходят из длительных конфликтов (74–76). Когда недоступные во время конфликтов территории наконец оказываются открытыми, обнаруживается их сильная запущенность в отношении оказания медицинской помощи, в частности здесь обычно бывают эпидемии кори. Кроме того, договоры о прекращении огня, даже если они заключены на время, требуют оказания специальной медицинской помощи демобилизованным солдатам, создания планов по разминированию и соглашений по возвращению беженцев из других стран и местностей внутри страны. Причем все это должно происходить в то время, когда местная инфраструктура здравоохранения серьезно ослаблена и когда истощены другие экономические ресурсы.

Нужна более точная информация о вмешательствах, происшедших в разных местах, об их условиях, результатах и ограничениях. Одна из про-

блем, касающихся сбора данных о конфликтах — определение точного момента окончания конфликта. Обычно граница между окончанием конфликта и началом восстановительного периода очень нечеткая, т.к. опасность и нестабильность сохраняются еще очень долго.

Таблица 8.5 обрисовывает в общих чертах некоторые типичные подходы к восстановлению системы здравоохранения после окончания конфликта. В прошлом больше внимания уделяли программам по физическому восстановлению и борьбе с болезнями и меньше — координации усилий организаций-доноров или созданию эффективной политики здравоохранения.

Регистрация случаев насилия, научные исследования и распространение информации

Наблюдение и регистрация — главные функции системы здравоохранения в том, что касается конфликтов. Хотя данные о коллективном насилии часто неудовлетворительны и неточны, слишком большая точность данных обычно и не нужна в этой области. Самое главное, чтобы эти данные соответствовали действительности.

Так же важно предоставление значимых данных тем, кто принимает политические решения. Организация Объединенных Наций, международные и неправительственные организации, специалисты в области здравоохранения — все они играют ключевые роли в этой сфере. Например, Международный комитет Красного Креста благодаря постоянным исследованиям и проведению кампаний сыграл большую роль в процессе принятия в Оттаве Соглашения о запрещении противопехотных мин, вступившего в силу 1 марта 1999 г. Как сказал один из сотрудников этой организации, участвовавший в принятии Соглашения, «наблюдение за последствиями применения оружия и их регистрация не приведут к изменениям во взглядах и поведении людей или в законах, пока эти сведения не будут в обязательном порядке сообщать ся политикам и общественности» (77).

Некоторые неправительственные организации, такие как «Международная амнистия», имеют четкие полномочия высказываться относительно нарушений прав человека. Так же поступают некоторые органы ООН, например Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. Некоторые организации, однако, неохотно высказы-

ТАБЛИЦА 8.5

Влияние конфликтов на работу системы здравоохранения

Компоненты деятельности системы здравоохранения после окончания конфликта	Как обычно обстоит дело в этой области в настоящее время	Что нужно сделать для более эффективного реагирования
Установление политики	<ul style="list-style-type: none"> Различные виды деятельности рассматриваются как независимые проекты Установлению политики уделяется мало внимания 	<ul style="list-style-type: none"> Сначала разработать общую политику, в рамках которой создавать отдельные проекты Поощрять деятельность организаций-доноров по разработке стратегии и сбору и распространению информации для министерств здравоохранения Обеспечить коммуникацию между ключевыми участниками
Координация усилий организаций-доноров	<ul style="list-style-type: none"> В принципе доноры согласны, что координация желательна, но никто не хочет, чтобы его работу координировали 	<ul style="list-style-type: none"> Определить сферы общего интереса и опираться на них Укреплять ведущую роль министерств здравоохранения по координации доноров и неправительственных организаций
Работа с правительством	<ul style="list-style-type: none"> Помощью правительства часто пренебрегают, а поддержки ожидают от неправительственных организаций и учреждений ООН 	<ul style="list-style-type: none"> Реформировать международную систему помощи так, чтобы деятельность по развитию начиналась сразу после окончания конфликта Рассмотреть подходы, где доноры соглашаются работать в рамках оговоренной стратегии сектора
Развитие инфраструктуры	<ul style="list-style-type: none"> Цель заключается в точном восстановлении того, что было раньше 	<ul style="list-style-type: none"> Рассмотреть потребности населения в услугах и их распределение Рационализировать и сделать более справедливым распределение имеющихся услуг Вводя новые услуги, учитывать изменившийся состав населения
Борьба с конкретными болезнями	<ul style="list-style-type: none"> Контроль над заболеванием и оказание той или иной помощи тесно связаны в рамках одной программы Организации-доноры контролируют и финансируют большинство программ 	<ul style="list-style-type: none"> Облегчить установление связей между разными программами Обеспечить, чтобы программы действовали через обычные структуры системы здравоохранения Обеспечить, чтобы борьба с болезнями и вмешательства, ориентированные на охрану здоровья в целом, взаимно дополняли друг друга Привлечь всех необходимых участников, в том числе общественность на национальном и местном уровне, неправительственные организации и частный сектор
Работа по примирению враждующих сторон	<ul style="list-style-type: none"> Деятельность направляется на временное прекращение боевых действий, так чтобы можно было контролировать заболеваемость 	<ul style="list-style-type: none"> Признать символическую ценность медицинского ухода для восстановления отношений между общинами Признать достижение справедливости и примирения долгосрочными целями, пусть даже восстановление доверия между общинами будет идти медленно Поощрять любую разумную возможность сотрудничества между общинами Рассматривать новые виды вмешательств, такие как комиссии по установлению истины и примирению
Роль частного сектора	<ul style="list-style-type: none"> Делаются попытки разнообразить набор организаций, оказывающих медицинскую помощь, и отказаться от регулирования частного сектора 	<ul style="list-style-type: none"> Увеличить роль государства в создании политики, установлении стандартов и контроле над качеством медицинской помощи Признать в то же время важную роль частного сектора в обеспечении охраны здоровья населения Разработать стимулы для обеспечения справедливого доступа к важнейшим услугам здравоохранения
Создание справедливого общества	<ul style="list-style-type: none"> Обычно считается важным делом, но откладывается на «потом» 	<ul style="list-style-type: none"> Признать, что достижение справедливой социальной структуры является важнейшей целью, но в краткосрочном плане в интересах стабильности некоторые реформы могут быть отложены Создавать связи между соперничающими группами населения и различными местностями, считая это ключевым элементом реформ восстановительного периода
Обучение	<ul style="list-style-type: none"> На обучение часто не обращают внимания, используют фрагментарно и не координируют 	<ul style="list-style-type: none"> Признать важность развития человеческих ресурсов Разработать способы объединения людей, обучавшихся в разных системах Вкладывать средства в обучение работников по планированию и менеджеров
Системы информации	<ul style="list-style-type: none"> Информация не рассматривается как приоритет Даже если информация существует, она не распространяется 	<ul style="list-style-type: none"> Сделать регистрацию сведений первоочередной задачей Создать центральное хранилище для информации Использовать новые технологии для распространения информации Создать специальные фонды по финансированию распространения информации

ваются против тех, кто вовлечен в конфликты, боясь, что это помешает им оказывать необходимую помощь. В таких случаях можно делать сообщения косвенно через сторонние организации или средства массовой информации.

Чтобы от распространения информации была польза, необходимы качественные данные, а результаты вмешательства в проблему должны быть хорошо проанализированы. Крайне необходима научная оценка влияния конфликтов на здоровье людей и на систему здравоохранения, а также оценка того, какие способы вмешательств эффективны.

Рекомендации

Необходимо принимать различные меры, чтобы предотвратить возникновение конфликтов, а там, где они все же возникли, ослабить их влияние. Эти меры подразделяются на следующие широкие категории:

- получение большего количества информации о конфликтах и лучшее понимание их природы;
- политические действия по предсказанию и предотвращению конфликтов и реагированию на них;
- миротворческая деятельность;
- ответ системы здравоохранения на конфликты;
- реакция гуманитарных организаций.

Информация и понимание Данные и наблюдения

Среди некоторых важных мер, которые нужно принять с целью получения более ценной и точной информации о конфликтах и о том, как реагировать на них, следующие.

- Нужно найти индикаторы конфликтов, которые имеют отношение к здравоохранению и оказанию медицинской помощи, а также способы измерения этих индикаторов, благодаря которым можно будет определить отклонения в здоровье некоторых групп населения от нормы, что может служить ранним признаком межгрупповых напряжений.
- Новейшие способы сбора данных и наблюдения за состоянием здоровья населения, участвующего в конфликте, должны быть усовершенствованы так, чтобы можно было понять, как конфликт влияет и на другие

группы населения — в том числе на людей, которые были вынуждены переселиться в другое место внутри страны, на беженцев, воссоединившихся со своими этническими группами за границей и на такие особые группы, как дети, участвующие в военных операциях (см. вставку 8.3).

- Должны быть улучшены методы, которые анализируют воздействие конфликтов на систему здравоохранения и оценивают меры, принимаемые этой системой в ответ на конфликты.

Дальнейшая научная работа

Ясно, что существует большая потребность в дальнейших исследованиях, документации и анализе конфликтов с тем, чтобы предупредить их возникновение в дальнейшем, уменьшить уязвимость некоторых групп и оказывать самую подходящую помощь наиболее эффективными способами во время конфликтов и после их окончания. Необходимо уделить особое внимание двум аспектам регистрации и анализа:

- разработке эффективных способов регистрации данных о группах населения, участвующих в конфликтах;
- проведению анализа ситуации после окончания конфликта, описанию возникновения и роста конфликта, его последствий и реагирования на него. Кое-что в этом направлении выполняется, в частности, исследуется ситуация после геноцида в Руанде в 1994 г. (74).

Особый вопрос, требующий ответа — почему одним странам, у которых есть ряд признаков риска насильственного конфликта, удается избежать его, тогда как в других насильственные конфликты быстро вспыхивают, приводя иногда к коллапсу государства. Ангола, Либерия, Сьерра-Леоне, Сомали и бывшая Югославия — вот примеры стран последней категории. Полезным было бы исследование, которое определило бы набор индикаторов, предшествующих экстремальной ситуации, чтобы можно было предсказать, выльется ли кризис в большой и сложный конфликт.

Предотвращение насильственных конфликтов

Прямое предупреждение конфликтов должно быть делом первостепенной важности с точки зрения

ВСТАВКА 8.3**Дети, участвующие в военных действиях, как проблема здравоохранения**

Число детей, участвующих в военных операциях во всем мире, оценивается примерно в 300 000, хотя эта цифра почти наверняка значительно занижена. Если детей сразу не вербуют в вооруженные силы наравне со взрослыми, они обычно оказываются вовлечены в военные действия через какое-то время после начала конфликта. Однако если детей начинают вербовать, их число обычно быстро растет, а средний возраст снижается.

Последствия для здоровья

Ясно, что вовлечение детей в вооруженные действия подвергает их риску смерти и ранений. Менее известны другие серьезные последствия для их здоровья, в том числе психические и другие заболевания.

Исследования показывают, что чаще всего дети-солдаты получают в боях следующие травмы (78):

- потеря слуха;
- потеря зрения;
- потеря конечностей.

Это отражает, с одной стороны, большую чувствительность организма детей, а с другой стороны то, какую работу они в основном выполняют во время конфликтов — например, закладывают или отыскивают мины. Дети также часто получают ущерб для здоровья, прямо не связанный с боями — в том числе травмы, вызванные тем, что они носят оружие и другие тяжелые вещи, истощение и кожные и респираторные инфекции, а также инфекционные болезни, например малярию.

Девочки, завербованные в армию (а также мальчики, но в меньшей степени), часто используются не только в боях, но и для оказания сексуальных услуг. Это подвергает их высокому риску болезней, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции, а также (что касается девочек) риску аборта или рождения ребенка. Кроме того, детям-солдатам часто дают наркотики и алкоголь, чтобы подбодрить их в сражениях, что создает зависимость от них, не говоря о вреде для здоровья.

Подростки, завербованные в регулярные правительственные армии, обычно испытывают на себе те же военные порядки, что и взрослые солдаты, а именно церемонию посвящения, тяжелые физические упражнения, наказания и унижения, направленные на то, чтобы сломить волю. Такие порядки могут очень травмировать подростков — психически, эмоционально и физически.

Задачи, стоящие перед работниками здравоохранения

Врачи должны понимать необходимость тщательного, но осторожного медицинского скрининга (осмотра) всех детей, участвовавших в военных действиях, который нужно проводить как можно раньше. Это можно сделать после официальной демобилизации, но можно и в другое время, например когда дети попадают в плен, бегут или иным образом покидают службу. Скрининг нужно проводить поэтапно, решая сначала жизненно важные проблемы, а затем переходя к более деликатным вопросам, таким как плохое сексуальное обращение.

Особое внимание следует уделить не только физическому, но и психическому и психосоциальному здоровью бывших детей-солдат. Вот проблемы, с которыми они могут столкнуться:

- кошмары, навязчивые воспоминания и галлюцинации;
- плохие концентрация и память;
- хроническая тревога;
- регрессия в поведении;
- злоупотребление наркотиками и другими веществами в качестве защитного механизма;
- чувство вины и отказ от признания прошлого;

ВСТАВКА 8.3 (продолжение)

- неконтролирование агрессии;
- навязчивые мысли о мести;
- чувство отчужденности от других людей.

Кроме того, «милитаризованное поведение» детей может привести к тому, что они будут плохо воспринимать нормы гражданского общества. Как отметила Всемирная организация здравоохранения в своем вкладе в исследование Организации Объединенных Наций, посвященное детям–участникам военных действий (78):

«Дети, проходящие этапы социализации и формирования моральных норм в военном окружении, плохо подготовлены к реинтеграции в ненасильственное общество. Они слишком рано становятся самостоятельными, они лишены навыков морального суждения и умения распознавать поведение, связанное с риском, что выражается в насилии, злоупотреблении наркотиками и другими веществами или в сексуальной агрессии. Вернуть таких детей к их нормальному состоянию — одна из главных социальных и государственных задач здравоохранения в период после окончания вооруженного конфликта».

Работники системы здравоохранения могут играть также образовательную роль, помогая предотвращать набор детей в армию (в том числе и тех, кто сам хочет идти воевать), сообщая детям и подросткам о риске, которому они подвергают себя, а также ставя в известность об этом их семьи и общины и подчеркивая опасность тяжелого ущерба, который война причиняет психическому здоровью.

охраны здоровья населения. Правительства должны предпринимать здесь такие ключевые действия:

- уважать права человека, строго придерживаться духа Устава ООН и обеспечить полное принятие законов о правах человека и международных гуманитарных законов;
- способствовать принятию договоров и других актов, ограничивающих производство, распространение и применение противопехотных мин;
- снижать производство и доступность биологического, химического, ядерного и других видов оружия; поощрять новые инициативы, касающиеся легких видов вооружений, включая соблюдение «Европейского кодекса поведения при передаче легких видов вооружений»;
- стараться объединить контроль над движением малых видов вооружений с другими системами раннего предупреждения (79). Например, Организация Объединенных Наций с 1992 г. выпускает Регистр традиционных видов вооружений, в который включаются данные о передаче оружия из одних стран в другие, а также информация, предоставляемая государствами-членами ООН об имеющемся у них оружии, о его производ-

стве в стране и о политике в этой области;

- отслеживать негативные последствия глобализации и способствовать более справедливому и эффективному развитию;
- работать над тем, чтобы управление во всем мире отвечало за свои действия.

Бутрос Бутрос-Гали, бывший Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций, заявил, что социальную интеграцию нужно рассматривать как приоритетное направление развития: «Всем знакомы проявления отсутствия социальной интеграции; это дискриминация, фанатизм, нетерпимость, преследования. Последствия этого также хорошо известны: социальное недовольство, сепаратизм, национализм на микроуровне и вооруженные конфликты» (80).

Усилия миротворческих организаций

Несмотря на резкое увеличение миротворческой деятельности Организации Объединенных Наций, ее эффективность часто находится под вопросом. Среди причин этого неопределенность полномочий миротворческих организаций, плохой контроль над достаточностью ресурсов, выделяемых различным подразделениям миротворческих сил. Чтобы решить эти проблемы, Генеральный секретарь Организации Объединенных На-

ций создал «Круглый стол по вопросам миротворческих операций ООН», на котором оцениваются недостатки существующей системы и создаются специальные рекомендации для изменения положения. Круглый стол состоит из людей, имеющих опыт по различным аспектам предупреждения конфликтов, по установлению и поддержанию мира. Он создал рекомендации, которые касаются улучшения операционных и организационных аспектов проблемы, а также политики и стратегии. Эти рекомендации были суммированы в докладе, который известен как «доклад Брахими» (81).

Реакция системы здравоохранения

Нужно более тщательно изучать и документировать как возможности сектора здравоохранения по предупреждению конфликтов и реагированию на них, так и особенности, которые ограничивают работу сектора в этом направлении. Требуется больше фиксировать успешные меры, в частности по оказанию эффективной помощи после конфликтов; в этой области уже есть некоторый опыт.

Правительства должны поддерживать Всемирную организацию здравоохранения и другие учреждения ООН в их глобальных усилиях найти эффективную стратегию предупреждения конфликтов и реагирования на них.

Реакция гуманитарных организаций

Нужно повысить как стандарты, так и уровень подотчетности организаций, реагирующих на насильственные кризисы. «Sphere Project», созданный в Женеве (Швейцария), старается найти минимальные стандарты для гуманитарной помощи, с которыми могли бы согласиться гуманитарные организации, чтобы действовать затем на их основании. В Женеве основан также «Humanitarian Accountability Project», поддерживаемый донорскими и неправительственными организациями, который работает над повышением подотчетности, особенно среди организаций – потенциальных получателей гуманитарных пожертвований. Правительствам и гуманитарным организациям настоятельно рекомендуется поддерживать усилия обоих этих проектов.

Заключение

В этой главе было рассмотрено воздействие насильственных конфликтов на систему здравоохранения и медицинского ухода и сделана попытка

описать несколько возможных видов реагирования на такие конфликты. Ясно, что необходимо уделять больше внимания первичному предупреждению насилия, еще до появления собственно конфликта.

Нам предстоит еще многое узнать о том, как предотвращать коллективное насилие и о том, какие причины лежат в его основе. В первую очередь это относится к тем формам конфликтов, которые стали привычны за последние сто лет — к конфликтам между государствами или организованными группами на определенной географической территории (например, в случаях восстаний против центрального государства), к гражданским войнам и различным видам насилия, которые государства применяют против индивидов или групп.

Облик коллективного насилия постепенно меняется. В начале 21 в. возникли новые его формы, в которых участвуют организованные, но чрезвычайно разбросанные группировки и целые сети без «фиксированного адреса», цели, стратегия и психология которых радикально отличаются от существовавших ранее. Эти группы используют высокие технологии и современные финансовые системы, которые создал глобальный мировой порядок. Вооружение у них тоже новое: в дополнение к традиционным взрывным устройствам и ракетам они пытаются использовать биологическое, химическое и возможно ядерное оружие. Их цели — как физические, так и психологические; они стремятся к массовому уничтожению людей и к распространению страха среди них.

Миру нужно как можно быстрее научиться бороться с новой угрозой глобального терроризма во всех его формах, демонстрируя в то же время высокую степень решимости предотвращать традиционные формы коллективного насилия и ослаблять их воздействие, которое по-прежнему выражается в огромном числе смертей, заболеваний, травм и разрушений. Требуется сильная воля и солидная финансовая поддержка, чтобы не только глубже понять проблему насильственных конфликтов, но и разрешить ее.

Библиография

1. WHA34.38. В книге: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.

2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.
3. Leaning J. Introduction. В книге: Leaning J et al, eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict – Security – Development*, 2001, 1:147–151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. В книге: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spirer H. *State violence in Guatemala, 1960–1996: a quantitative reflection*. Washington, DC, American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. New York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. *International classification of diseases*, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
11. *International statistical classification of diseases and related health problems*, tenth revision. *Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index*. Geneva, World Health Organization, 1992–1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, DC, World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321:166–168.
16. *Take a step to stamp out torture*. London, Amnesty International, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum-seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589–592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. London, Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. London, Amnesty International, 2000.
21. *Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York, NY, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (доступен в Интернете на <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf>).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. В книге: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime: gender and conflict in Africa*. London, Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape: the war against women in Bosnia–Herzegovina*. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war: Kosovo and beyond*. London, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. В книге: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. В книге: Nafziger EW, Stewart F, Vayrynen R, eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959–1994: history of a genocide*. London, Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691–698.
31. *Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, 3rd ed. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.

34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717–722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339–344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527–1529.
40. *AIDS and the military: UNAIDS point of view*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181–197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69–80.
44. *Refugees and AIDS: UNAIDS point of view*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
46. *The causes of conflict in Africa*. London, Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3(A)).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675–1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073–1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449–1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity: the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548–1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296–3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. В книге: Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270: 600–605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World disasters report 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918–924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. В книге: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292–301.

67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. В книге: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303–306.
69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975–85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. В книге: Тагп Р, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. London, Routledge, 200:392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace – or war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: rebuilding post-war Rwanda*. Copenhagen, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. *Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank*. Washington, DC, World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864–865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the Secretary-General*. New York, NY, United Nations, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. London, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *An agenda for development*. New York, NY, United Nations, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. New York, NY, United Nations General Assembly Security Council, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).

ГЛАВА 9

Рекомендации для дальнейших действий

Предварительные сведения

Насилие существует на всех континентах, во всех странах, и лишь немногие общины не затронуты им. Однако оно не является неизбежной частью человеческого существования и проблемой «современной жизни», которую нельзя преодолеть человеческой решимостью и изобретательностью.

В предыдущих главах этого доклада были подробно описаны особенности различных видов насилия и действия, которые система здравоохранения может предпринять, пытаясь уменьшить как само насилие, так и его последствия. Настоящая глава рассматривает некоторые глобальные модели и темы, которые являются общими для всех видов насилия. В ней повторяются принципы, используемые системой здравоохранения для борьбы с насилием, и даются рекомендации для руководителей и практиков на всех уровнях.

Реагирование на насилие: что известно к настоящему моменту? Основные уроки, полученные на сегодняшний день

Хотя в наших знаниях о насилии есть еще много пробелов, требующих проведения научных исследований, мы уже получили некоторые полезные уроки относительно того, как предупреждать и смягчать последствия насилия.

Предсказание и предотвращение насилия

Насилие во многих случаях можно предвидеть и предотвратить. Как показывает этот доклад, есть факторы, которые с очень большой долей вероятности позволяют предсказать появление насилия в некоторых группах населения, хотя непосредственную причину насилия иногда трудно установить. Это индивидуальные и семейные факторы, такие как импульсивность, депрессия, плохой надзор за детьми, жесткие гендерные роли и семейные конфликты, а также факторы на макроуровне — например, быстрые социальные преобразования и резкие экономические потрясения, вызывающие высокий уровень безработицы и ухудшение работы государственных служб. Существуют также факторы, характерные для данного места и времени, например увеличение в какой-либо местности количества оружия или рост торговли наркотиками. Своевременное определение и измерение этих факторов может помочь поли-

тикам предпринять правильные действия для решения проблемы.

По мере того как продвигаются вперед исследования в области охраны здоровья, увеличивается количество способов действия. В настоящем докладе мы исследовали все категории насилия и привели примеры способов вмешательства, которые могут снизить насилие и его последствия. Среди этих примеров были действия, предпринятые на уровне индивидов и общин, а также изменения государственной политики, которые привели к снижению уровня насилия. Хотя большая часть таких действий (документированных и получивших официальную оценку) осуществляется в относительно богатых странах мира, много новых способов борьбы с насилием разработано и в развивающихся странах.

Чем больше инвестиций, тем лучше результаты

Власти во всем мире склонны действовать только после того, как произойдет какой-нибудь заметный случай насилия. При этом они предпочитают вкладывать средства в краткосрочные программы, объектом которых являются небольшие, легко идентифицируемые группы людей. Классический пример этого — периодические попытки полиции «сломить сопротивление» в районах с высоким уровнем насилия; обычно такие инциденты сопровождаются массой публикаций в прессе. Система здравоохранения, напротив, действует больше профилактически, пытаясь предотвратить «эскалацию» проблемы, т. е. предотвратить появление случаев насилия или не допустить, чтобы они стали слишком серьезными. А первичные методы предупреждения насилия таковы, что даже небольшие инвестиции здесь могут принести большую и длительную пользу.

Понимание контекста насилия

Все общества сталкиваются с насилием, но его контекст — обстоятельства, в которых оно имеет место, характер насилия и степень его принятия обществом — сильно различается в разных странах и регионах. Поэтому перед тем как принимать программы, адресованные определенным группам населения, нужно понять контекст насилия в данном месте.

Примеры культурного контекста, который усиливает последствия насилия и создает трудности с

его предупреждением, были приведены в главах 4 и 6, посвященных насилию со стороны интимного партнера и сексуальному насилию. В частности, во многих обществах существует уверенность в том, что мужчины имеют право наказывать своих жен — в том числе применяя физическую силу — по целому ряду поводов, среди которых отказ от полового акта. В результате женщины в таких обществах подвергаются риску не только непосредственного физического и психологического насилия, но и риску получить нежелательную беременность или заразиться болезнями, передаваемыми половым путем. Другой пример — глубоко укоренившееся в некоторых обществах одобрение жестокого физического наказания детей. Борьба с этими явлениями вряд ли будет успешна, если не принять во внимание силу указанных взглядов и отношений, а также их связь с другими аспектами местной культуры.

В то же время некоторые культурные традиции могут защищать от насилия; исследователи и разработчики программ должны уметь их учитывать и применять. Например, в главе 7 (посвященной насилию, которое человек направляет против себя) говорится о том, что у верующих людей риск самоубийств снижен, и обсуждаются причины этого, а именно: разделение религиозной веры и религиозные запреты на самоубийства.

Связи между видами насилия

Многие виды насилия связаны друг с другом и имеют похожие факторы риска. Пример этого был дан в главе 3 («Жестокое обращение с детьми и отсутствие ухода со стороны родителей и других воспитателей»), где список факторов риска довольно сильно совпадает с факторами риска других видов насилия. Среди таких факторов:

- бедность — связана со всеми формами насилия;
- семейный или личный опыт развода или разъединения — связан также с насилием среди молодежи, насилием со стороны интимного партнера, сексуальным насилием и самоубийствами;
- злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими веществами — это фактор риска межличностных форм насилия и самоубийств;
- насилие в семье — связано с молодежным насилием, насилием со стороны интимно-

го партнера, сексуальным насилием и самоубийствами.

Частичное перекрывание факторов риска разных видов насилия требует сотрудничества групп, заинтересованных как в первичном, так и во вторичном предупреждении насилия. Это правительственные чиновники и местные власти, органы, планирующие жилищное строительство, полиция, социальные работники, женские организации и группы по защите прав человека, медики и исследователи, работающие в различных областях знания. Такое сотрудничество выгодно, т.к. оно:

- увеличивает эффективность вмешательства;
- помогает избежать дублирования усилий;
- увеличивает объем денежных средств, имеющихся в наличии, и число сотрудников для совместных действий;
- позволяет проводить совместные исследования и действия по предотвращению насилия, а также координировать их.

К сожалению, исследования разных видов насилия (и соответственно меры по борьбе с ними) часто проводятся изолированно друг от друга. Если преодолеть эту фрагментацию, то в будущем можно будет предпринимать более обширные и эффективные действия.

Работа с самыми уязвимыми группами населения

Насилие, как и многие другие проблемы со здоровьем, не нейтрально с социальной точки зрения. Хотя с ним сталкиваются все классы общества, все научные исследования согласны в том, что население с самым низким социоэкономическим статусом подвержено наибольшему риску. Причем чаще всего повышает риск насилия не сама бедность, а факторы, связанные с нею. В главе 2, например, обсуждалось влияние на молодежное насилие плохого жилья, отсутствия образования, безработицы, а также то, как эти факторы подвергают некоторых молодых людей повышенному риску, поскольку на них влияют сверстники-правонарушители и участие в преступлениях. Важно также определить, начиная с какого уровня люди становятся бедными (после потери источников дохода, которые раньше у них были) в данном районе — т. е. их относительный, а не абсолютный уровень бедности.

В главе 6 («Сексуальное насилие») описывается, как бедность усиливает уязвимость женщин и девушек. Бедные женщины и девушки в сельских и эко-

номически отсталых районах часто рискуют быть изнасилованными при выполнении своих повседневных дел — например, когда они работают в поле, приносят домой воду или возвращаются с работы поздно ночью. Бедность делает их уязвимыми перед сексуальной эксплуатацией, когда они ищут работу, занимаются торговлей или получают образование. Бедность также ведущий фактор, который подталкивает женщин к занятию проституцией и заставляет семьи продавать детей сексуальным торговцам. В главе 8 («Коллективное насилие») тема обсуждения расширяется и выясняется, что бедность и неравенство являются движущими силами насильственных конфликтов и, наоборот, — длительные конфликты увеличивают бедность, что в свою очередь создает условия для появления других форм насилия.

То, что государство пренебрегает бедными людьми, не ново; самые бедные люди в большинстве обществ меньше всего обслуживаются различными государственными органами по защите. И тот факт, что насилие связано с бедностью, является дополнительной причиной того, что политики и правительственные чиновники предпочитают бороться с насилием полицейскими методами и пренебрегают подходом здравоохранения к этой проблеме. Ведь этот подход требует, чтобы в бедные семьи и общины поступало больше средств и услуг. Чтобы предотвратить насилие, нужно исправить это положение вещей.

Борьба с удовлетворенностью

Удовлетворенность поощряет насилие и препятствует адекватному реагированию на него. Это особенно справедливо в отношении тех, кто рассматривает насилие и тесно связанную с ним проблему гендерного неравенства как явления, которые всегда существовали и будут существовать в человеческом обществе. А многие не просто удовлетворены этим положением вещей, но и сильно в нем заинтересованы. Например, согласие общества с тем, что мужчины имеют право «исправлять» своих жен, определенно дает мужчинам больше выгод, чем женщинам. Или другой пример: незаконная торговля наркотиками; ее участники считают насилие приемлемым способом для решения своих проблем или для увеличения своей рыночной доли.

В нескольких главах доклада описываются элементы, которые создают культуру насилия, и под-

черкивается, что такая культура часто поддерживается как законами, так и взглядами людей. Это может выражаться в пропаганде насилия средствами массовой информации, в терпимости к сексуальному насилию или насилию со стороны интимного партнера, в грубом физическом наказании детей родителями, хулиганстве в школах и на спортивных площадках, в использовании полицией чрезмерной силы и в участии детей и подростков в вооруженных конфликтах. Если не уничтожить благодушие, с которым общество относится к этим вопросам, достичь значительного снижения уровня межличностного и коллективного насилия будет очень трудно.

Принятие политических решений

Хотя отдельные индивиды, учреждения и организации, в которых работают рядовые люди, могут добиться многого, в конечном счете успех системы здравоохранения в борьбе с насилием зависит от политики в этой области. Поддержка политических лидеров нужна не только для того, чтобы обеспечить соответствующее финансирование и эффективные законы, но и для того, чтобы придать усилиям по предотвращению насилия больше легитимности и повысить значимость этой проблемы в общественном сознании. Эта работа важна как на национальном уровне — где принимаются политические и законодательные решения — так и на провинциальном, районном и муниципальном уровнях, где контролируется ежедневное исполнение многих мероприятий.

Принятие строгих решений, касающихся насилия, часто является результатом упорных усилий работников многих секторов общества. Врачи и исследователи в области медицины должны сделать важный вклад в этот процесс, предоставляя политикам всеобъемлющую информацию о распространенности проблемы и о последствиях насилия и тщательно фиксируя меры, которые доказали свою эффективность в предупреждении насилия или управлении им, а также те, которые кажутся многообещающими в этом смысле.

Почему в борьбе с насилием должен участвовать медицинский сектор?

До настоящего времени ответственность за сдерживание насилия в большинстве современных об-

ществ несли правоохранные органы, учреждения исправительной системы, а в некоторых случаях и военные. Медицинскому сектору — как государственному, так и частному — предоставлялось обеспечивать уход за жертвами насилия после того, как сам акт насилия уже совершился.

Активы сектора здравоохранения и его относительные преимущества

Сегодня медицинский сектор — активный и ценный участник борьбы с насилием во всем мире, который обладает целым рядом преимуществ в этой работе. Один из его активов — близость к проблеме и, следовательно, лучшее знакомство с ней. Персонал больниц, клиник и других учреждений, оказывающих медицинскую помощь, посвящает много времени жертвам насилия.

Другой важный актив — информация, которую медицинский сектор имеет в своем распоряжении для содействия научным исследованиям и работе по предупреждению насилия. Сектор обладает уникальными данными, свидетельствующими об огромном медицинском бремени, которое несет с собой насилие. Такая информация в сочетании с конкретным человеческим опытом, с которым ежедневно сталкивается медицинский сектор, представляет мощное средство как для защиты жертв насилия, так и для активных действий против насилия.

Особая ответственность

Роль медицинского сектора в предупреждении насилия проистекает из его ответственности перед обществом — людьми, которые в конечном счете платят за услуги и за содержание правительственных структур, которые их оказывают. Исходя из этой ответственности и благодаря своим преимуществам медицинский сектор имеет возможность играть гораздо более активную роль в предупреждении насилия (в идеале в сотрудничестве с другими секторами), чем он это делал в прошлом. Врачи, медсестры и другой медицинский персонал ежедневно идентифицируют случаи жестокого обращения и отправляют жертв в другие учреждения для дальнейшего лечения или защиты. В больницах и других медицинских учреждениях удобно проводить программы по вмешательству, т.к. у них есть ресурсы и инфраструктура для превентивной деятельности. Очень важно также разрабатывать и осуществлять вмешательства в тесном сотрудничестве ме-

дицинских учреждений с другими учреждениями или секторами, связанными с насилием, включая неправительственные и научно-исследовательские организации.

Эти задачи медицинский сектор уже выполняет во многих странах мира, хотя иногда частично или в качестве эксперимента. Сейчас пришло время для более решительных и скоординированных действий и начала работы там, где она еще не проводится, несмотря на давно назревшую необходимость. Если этого не сделать, сектор здравоохранения потерпит неудачу.

Определение обязанностей и приоритетов

Учитывая многоликую природу насилия и его сложные причины, к его предупреждению должны быть привлечены правительства и организации на всех уровнях принятия решений — местном, национальном и международном. Дополнительные и скоординированные действия в разных секторах увеличат эффективность работы по предупреждению насилия.

Чтобы прогресс был ощутим, правительства, власти, те, кто принимают решения, и те, кто их выполняют, в дополнение к действиям на своем уровне могут и должны работать совместно на всех уровнях. Такие компоненты гражданского общества, как средства массовой информации, общинные, профессиональные и трудовые организации, религиозные институты и традиционные структуры, обладают огромным объемом необходимой информации и опыта.

Каждая страна имеет свою структуру управления — от централизованного унитарного государства до федеральной системы, в которой власть распределена между местными, региональными и общенациональными правительствами. Однако какой бы ни была эта структура, для достижения согласованности действий, установления целей и определения обязанностей необходимо стратегическое планирование, которое обычно осуществляют национальные правительства, но в котором могут участвовать и другие уровни и секторы. Что касается стратегического планирования охраны здоровья населения в развивающихся странах, то в этой области некоторые организации ООН и двухсторонние учреждения по развитию обладают большим опытом, который может способствовать предупреждению насилия.

Рекомендации

Нижеследующие рекомендации направлены на мобилизацию действий в ответ на насилие. Их нужно адресовать ряду секторов и заинтересованных групп общественности, если они хотят достичь своих целей.

Рекомендации должны выполняться гибко, с учетом местных условий и возможностей. Страны, в которых в настоящее время происходят вооруженные конфликты или которые располагают скудными финансовыми и человеческими ресурсами, сами не смогут применить некоторые национальные и местные рекомендации. В таких обстоятельствах им смогут помочь международные или национальные неправительственные организации.

Рекомендация 1 Разработка национального плана деятельности по предотвращению насилия, его исполнение и отслеживание

Разработка мультисекторального национального плана действий — ключевой элемент для предупреждения насилия в течение длительного времени. Это не всегда легко достижимо, учитывая вполне понятные требования общественности действовать немедленно в отношении явных последствий насилия. Однако национальные лидеры должны понять, что польза от постоянной работы сектора здравоохранения будет более существенной и длительной, чем политика краткосрочного реагирования. Такой план действий требует принятия четких политических обязательств и морального авторитета.

В национальном плане действий по предупреждению насилия должны быть указаны цели, приоритеты, стратегии, распределение обязанностей, а также время проведения мероприятий и механизм их оценки. План должен быть согласован с рядом правительственных и неправительственных организаций и заинтересованных групп общественности. В нем следует учесть имеющиеся в стране человеческие и финансовые ресурсы. Он должен включать в себя следующие элементы: обзор и реформирование существующего законодательства и политики, создание системы сбора данных, проведение научных исследований, поддержку служб помощи жертвам насилия, разработку мер по предотвращению насилия и их оценку. Что-

бы гарантировать переход от слов к делу, необходимо установить, какие организации будут отслеживать прогресс, достигнутый во внедрении плана в жизнь.

Требуется координация механизмов на местном, национальном и международном уровнях для того, чтобы осуществлять плодотворное сотрудничество между такими сферами деятельности, как правосудие, образование, занятость населения, охрана здоровья, социальное обеспечение, а также другими секторами, потенциально вовлеченными в разработку и выполнение плана. Специальные национальные комиссии по борьбе с насилием, межведомственные комитеты и рабочие группы ООН, возможно, смогут облегчить эту координацию. На местном уровне к разработке и выполнению плана могут привлекаться (или специально создаваться для этого) советы, общинные комиссии и организации.

Рекомендация 2 Расширение сбора данных о насилии

Национальный план действий по предупреждению насилия должен предусматривать создание национальной системы сбора и анализа данных, касающихся масштабов, причин и последствий насилия. Эти данные необходимы, чтобы определить приоритеты, разработать инструкции для действий и отслеживать выполнение плана. Как было показано в докладе, все страны по крайней мере пытаются собирать данные, но их качество, а также сопоставимость могут быть улучшены.

В некоторых странах эффективным будет создание учреждения, организации или правительственного подразделения, которое будет отвечать за сбор и сопоставление информации о состоянии здоровья населения, следить за работой правоохранительных органов и других организаций, поддерживающих постоянный контакт с жертвами и виновниками насилия. Такое учреждение могло бы стать главным центром, отвечающим за регистрацию насилия в стране, обеспечение или выполнение научных исследований и за подготовку необходимого для этого персонала. Центр должен осуществлять связь с другими подобными учреждениями и организациями, чтобы обмениваться данными, средствами и методами научных исследований. В странах с ограниченными ресурсами он может также принять на себя функцию по отслеживанию выполнения плана, описанного в рекомендации 1.

Сбор данных важен на всех уровнях, но качество и полнота данных определяет местный уровень. Нужно разрабатывать простые и эффективные с точки зрения затрат системы, соответствующие национальным и международным стандартам, которые можно приспособить к уровню навыков персонала, который будет их использовать. Кроме того, должны существовать процедуры по обмену данными между органами власти, которые отвечают за здоровье населения, уголовное судопроизводство, социальную политику, и заинтересованными сторонами. Эти данные должны подвергаться сравнительному анализу.

В настоящее время в мире нет одобренных всеми международными стандартов по сбору данных о насилии, которые позволили бы сравнивать данные по нациям и культурам. Это очень серьезный вопрос, потому что недостаток информации затрудняет количественное измерение распространенности насилия в мире, и следовательно, предпринять научное исследование или разработать способы вмешательства на глобальном уровне сложно. В одних случаях данные просто отсутствуют, в других же они несопоставимы из-за разных способов классификации, применяемых в разных странах (а иногда и разными учреждениями в пределах одной страны). Чтобы исправить это, необходимо разработать и распространить международные стандарты по сбору данных. «Международная классификация внешних причин травм» (1) и «Руководства по наблюдению за травмами» (2), разработанные Всемирной организацией здравоохранения и Центрами США по контролю и предупреждению заболеваний, являются важными шагами в этом направлении.

Рекомендация 3 **Определение приоритетов при исследовании причин и последствий насилия, ущерба, причиняемого им, а также способов его предотвращения**

Как показывает настоящий доклад, определенный прогресс в понимании проблемы насилия разными группами населения был достигнут. Тем не менее, требуется проведение дополнительных научных исследований. Главная цель таких исследований — добиться лучшего понимания проблемы в разных культурных контекстах, так чтобы можно было разработать подходящие меры реагирования.

На национальном уровне научные исследования (как часть национального плана действий) могут получить финансовую поддержку правительства, правительственных учреждений (многие министерства, а также организации правоохранительной системы имеют свои научные программы), научных учреждений и независимых исследователей.

Можно и нужно предпринимать научные исследования и на местном уровне. Они ценны прежде всего для местной деятельности по предупреждению насилия, но могут быть также важным компонентом больших исследований, необходимых для разрешения проблемы насилия в глобальном масштабе. Чтобы извлечь максимальную пользу, местные власти должны привлекать к сотрудничеству все организации, обладающие компетенцией, в том числе университеты (факультеты медицины, социальных наук, криминалистики и эпидемиологии), исследовательские учреждения и неправительственные организации.

Основная масса исследований, необходимых для предупреждения насилия, должна выполняться на местном уровне в ответ на местные условия и потребности. Однако некоторые первоочередные вопросы глобальной важности требуют межнациональных научных исследований. Это, в частности, отношения между насилием и разными аспектами глобализации, в том числе экономическими, экологическими и культурными; факторы риска и защитные факторы, общие для разных культур и обществ; методы предупреждения насилия, эффективные во многих культурных контекстах.

Некоторые аспекты глобализации оказывают большое влияние на проявления насилия во многих странах, но пока мало точной информации о том, какие именно факторы вызывают насилие, и о том, как можно их смягчить. Недостаточно исследованы факторы риска, общие для многих стран и общин, но еще меньше исследований посвящено потенциально богатой сфере защитных факторов. Кроме того, лишь немногие мероприятия, проведенные в тех или иных странах, были оценены с точки зрения эффективности. Самые потенциально эффективные из них были описаны в данном докладе.

Рекомендация 4 **Содействие первичному предотвращению насилия**

Важность первичного предотвращения — это тема, проходящая красной нитью через настоящий

доклад. Исследования показывают, что наиболее эффективны мероприятия, которые проводятся рано и среди групп населения, подверженных более высокому риску насилия по сравнению со всем населением, хотя даже попытки, направленные на население в целом, могут быть полезны. Однако, как было показано в разных главах доклада, первичному предотвращению насилия уделяется недостаточно внимания на всех уровнях. Эта ситуация должна быть изменена.

Вот некоторые важные меры по первичному предупреждению насилия:

- пренатальная и перинатальная медицинская помощь матерям, а также программы по дошкольному воспитанию и социальному развитию детей и подростков;
- обучение родительским навыкам и улучшение климата в семьях;
- улучшение городской инфраструктуры (как физической, так и социоэкономической);
- снижение количества огнестрельных ранений и обеспечение безопасности хранения огнестрельного оружия;
- проведение кампаний в средствах массовой информации, направленных на изменение взглядов людей, поведенческих и социальных норм.

Первые два вида вмешательств важны для снижения жестокого обращения с детьми, а также насилия, совершаемого этими детьми затем, когда они достигнут подросткового возраста и станут взрослыми.

Улучшение физической и социоэкономической инфраструктуры также очень важно для предупреждения насилия. Говоря более подробно, это обращение к факторам среды внутри общин, а именно: идентификация мест, где часто происходят акты насилия, анализ причин, которые делают это место опасным (например, плохое освещение, расположение на отшибе или около мест потребления алкоголя), и затем изменение или уничтожение этих факторов. Необходимо также улучшать социоэкономическую инфраструктуру общин посредством инвестиций и улучшения образовательных и экономических возможностей.

Следующий вопрос, который нужно решать как на национальном, так и на местном уровне — это меры безопасности, связанные с огнестрельным оружием. Огнестрельное оружие — важный фактор риска многих видов насилия, включая молодежное,

коллективное и самоубийства. Чтобы уменьшить число огнестрельных ранений — случайных или преднамеренных — необходимо принимать законы, ограничивающие продажу оружия и владение им, разрабатывать программы по сбору оружия, незаконно хранящегося у населения в районах, где часто происходят акты насилия, программы по демобилизации после конфликтов и меры по обеспечению безопасности хранения оружия. Чтобы определить эффективность этих мер, нужно провести их оценку. Это основная сфера, в которой сотрудничество законодательной власти, правоохранительных органов и медицинских учреждений будет важно для достижения общего успеха.

Средства массовой информации могут играть как отрицательную, так и положительную роль в предупреждении насилия. Хотя исследователи еще не пришли к единому мнению о том, как освещение насилия в средствах массовой информации влияет на насилие в жизни, имеются данные о том, что сообщения СМИ о самоубийствах ведут к дальнейшим самоубийствам. Средства массовой информации можно использовать для изменения отношения к насилию, поведенческих и социальных норм, распространяя «антинасильственную» информацию или включая «антинасильственные» сообщения в развлекательные передачи, например в телесериалы (см. вставку 9.1).

Большинство перечисленных способов вмешательства в проблему насилия могут взаимно усиливать друг друга, если будут учтены местные условия.

Рекомендация 5 **Предоставление большей и лучшей помощи жертвам насилия**

Во всех странах следует улучшать предоставление медицинской, социальной и юридической помощи жертвам насилия. Для этого надо проанализировать услуги, оказываемые им в настоящее время, улучшить подготовку персонала и объединить медицинскую, социальную и юридическую поддержку.

Национальные системы здравоохранения должны направлять больше средств на предоставление высококвалифицированной медицинской помощи жертвам всех видов насилия, а также услуг по реабилитации и поддержке, необходимых для предупреждения дальнейших осложнений. Первоочередные задачи в этой области следующие:

- улучшение работы системы неотложной помощи жертвам насилия и улучшение ра-

ВСТАВКА 9.1**Улучшение здоровья, предупреждение насилия и СМИ: кампания «Soul City»**

Институт коммуникаций для здоровья и развития (Institute for Health and Development Communication — IHDC) в ЮАР заслужил всеобщее одобрение тем, как он использует средства массовой информации для обеспечения здоровья и развития населения. Эта неправительственная организация осуществляет проект по внедрению социальных и медицинских вопросов в теле- и радиосериалы, идущие в пиковое эфирное время, которые смотрят и слушают миллионы людей в стране. Затрагивая эти вопросы на эмоциональном уровне, передачи стараются изменить взгляды и социальные нормы, а в конечном счете и поведение людей. Одна из передач называется «Soul City» и нацелена на взрослую аудиторию, а вторая — «Soul Buddyz» — предназначена детям в возрасте 8–12 лет. «Soul City» — одна из самых популярных программ южноафриканского телевидения, которую смотрят почти 80% целевой аудитории из 16 млн человек, а «Soul Buddyz» смотрят 2/3 всех детей в ЮАР.

В дополнение к передачам IHDC выпустил буклеты с углубленной информацией по указанным темам, с фотографиями популярных героев из этих передач. Выпущены также аудио- и видеокассеты для применения в государственных и частных учебных заведениях.

Насилие — первоочередная медицинская проблема в ЮАР, и этот вопрос рассматривался в большинстве телепрограмм. В частности, в них говорилось о межличностном насилии, хулиганстве, преступных группировках, домашнем насилии, изнасилованиях и сексуальных домогательствах. Целью проекта является:

- полное информирование аудитории о распространенности насилия в обществе и о его последствиях;
- попытка убедить людей, что они могут что-то предпринять против насилия лично и как члены общины;
- улучшение воспитания детей благодаря применению ролевых моделей и лучшим взаимоотношениям между родителями и детьми.

Кроме того, проект IHDC предоставляет аудитории передач бесплатную телефонную службу помощи, консультации в кризисных ситуациях, а при необходимости направляет людей в службы поддержки в общине. Он также разработал материалы для проведения тренингов среди консультантов, медицинских работников, сотрудников полиции и чиновников правоохранительной системы, которые касаются насилия против женщин.

Оценка первых серий «Soul Buddyz» еще только проводится, а оценка передач для взрослых «Soul City» уже проведена. Было обнаружено повышение осведомленности в том, что касается домашнего насилия и гендерных взаимоотношений; изменились также взгляды и социальные нормы в этой области. Более того, значительно увеличилось желание — как у мужчин, так и у женщин — изменить поведение и принять меры против насилия в городских и сельских местностях.

- боты системы здравоохранения по их лечению и реабилитации;
 - распознавание признаков насилия и постоянных насильственных ситуаций и направление жертв в соответствующие организации за поддержкой;
 - недопущение повторных актов насилия — здесь необходима совместная работа медицинских, юридических, социальных служб и полиции;
 - внедрение программ по социальной поддержке семей, подверженных высокому риску насилия, и по уменьшению стресса, который испытывают воспитатели и попечители;
 - введение курсов по предупреждению насилия в учебные планы врачей и медицинских сестер.
- Выполнение каждого из этих пунктов поможет уменьшить последствия насилия для людей и затраты на медицинское и социальное обеспечение.

Системы оказания неотложной помощи и добровольного ухода могут значительно снизить риск смерти и нетрудоспособности в результате физической травмы. Менее очевидным, но не менее важным является изменение отношения к насилию среди сотрудников полиции и других чиновников. Этого можно достичь, повышая их информированность о насилии со стороны интимного партнера и о сексуальном насилии и проводя специальные тренинги по распознаванию случаев насилия и реагированию на них.

В тех странах, где надзор за учебными планами медицинских учебных заведений осуществляет государство, необходимо следить, чтобы весь медицинский персонал во время учебы проходил специальные курсы, касающиеся насилия, его последствий и его предупреждения. После обучения медперсонал должен уметь распознавать признаки насилия и обращать на них особое внимание. Это особенно важно в отношении людей, которые не могут сообщить, что с ними произошло (например, маленькие дети или недееспособные престарелые люди) или боятся это сделать (например, жертвы домашнего насилия, секс-работники или нелегальные иммигранты).

Эти меры должны осторожно применяться на практике и оцениваться с точки зрения того, не приведут ли они к повторению актов насилия. Например, если персонал устанавливает, что пациент пострадал от насилия, он должен получить свидетельства этого, но таким образом, чтобы не подвергнуть пациента риску повторного насилия, не допустить осуждения его семьей или общиной и других негативных последствий.

Рекомендация 6 **Предотвращение насилия как часть социальной и образовательной политики, способствующей установлению социального и гендерного равенства**

Большинство актов насилия связаны с гендерным и социальным неравенством, которое подвергает повышенному риску большие группы населения. Есть страны, которые улучшили положение женщин и снизили социальную дискриминацию благодаря проведению ряда мероприятий. На уровне страны это реформирование законодательства и правоохранительных органов, кампании в СМИ, направленные на информирование общества о

проблеме неравенства, обучение сотрудников полиции и государственных чиновников, предоставление образовательных и экономических возможностей ущемленным группам населения. Нужно исследовать выполнимость и эффективность этих способов вмешательства с культурной и социальной точки зрения.

В то же время нужно усиливать меры и программы по социальной защите как всего населения, так и групп, находящихся в невыгодном положении. Сейчас во многих странах мира осуществление этих программ сокращается в результате действия таких факторов, как негативное влияние глобализации, долги и структурные преобразования, переход от плановой экономики к рыночной и вооруженные конфликты. Во многих странах налицо реальное падение зарплаты, ухудшение работы базовых сетей инфраструктуры — особенно в сельских районах — и постоянное снижение качества и количества медицинских, образовательных и социальных услуг. Зная, что такие условия неизбежно ведут к возникновению насилия, правительства должны делать все возможное для поддержки служб социальной защиты и, если нужно, обеспечивать их приоритет в национальных бюджетах.

Рекомендация 7 **Увеличение сотрудничества и обмен информацией по вопросам предотвращения насилия**

Нужно оценить и пересмотреть рабочие отношения и связи между международными и правительственными учреждениями, исследователями и неправительственными организациями, работающими над предупреждением насилия, чтобы добиться лучшего обмена знаниями, заключения соглашений о целях и координации действий. Все организации играют важную роль в предупреждении насилия (см. вставку 9.2).

Ряд международных и региональных учреждений и органов ООН в настоящее время работают над предотвращением насилия или занимаются деятельностью, помогающей уменьшить масштабы насилия, в том числе экономическими вопросами, правами человека, международным законодательством и поддержкой развития. Однако координация работы всех этих учреждений пока еще недостаточна. Это следует исправить, чтобы избежать ненужного дублирования и получить выгоду от объединения человеческого

ВСТАВКА 9.2**Ответ на угрозу насилия: Американская коалиция по предупреждению насилия**

В странах американского континента, как и повсюду в мире, общественная безопасность является предметом постоянной заботы правительств. С точки зрения национальной экономики насилие негативно влияет на иностранные и внутренние инвестиции, препятствуя долгосрочному росту и развитию. Кроме того, живя в обстановке насилия, граждане чувствуют себя незащищенными и теряют веру в правосудие и государство.

Обеспокоенные этим, в июне 2000 г. пять международных и региональных организаций и одна национальная объединили свои силы, создав Американскую коалицию по предупреждению насилия. В ней участвуют следующие организации:

- Межамериканский банк развития;
- Организация американских государств;
- Панамериканская организация здравоохранения;
- Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО);
- Центр США по контролю и предупреждению болезней;
- Всемирный банк.

Коалиция полагает, что она может оказать эффективную поддержку национальным инициативам — осуществляются ли они правительствами, гражданским обществом или частным сектором — по предупреждению насилия, особенно в части нахождения новых партнеров и ресурсов. Хотя деятельность коалиции основана на принципе сотрудничества, она уважает право стран принимать свои собственные решения в отношении предупреждения насилия.

Главные действия, запланированные коалицией, включают:

- финансирование кампаний по повышению осведомленности общества о важности предупреждения насилия;
- поддержка сбора и публикации надежных данных о насилии и преступности на местном и национальном уровнях;
- создание веб-сайта, посвященного предупреждению насилия, с базой данных о лучших методах;
- обеспечение информацией о предупреждении насилия политиков на национальном и региональном уровнях;
- организация региональных семинаров и рабочих групп по предупреждению насилия, а также обмен поездками и инициативами между городами-близнецами;
- работа со средствами массовой информации;
- работа с министрами и мэрами городов и другими национальными и местными чиновниками;
- работа с частным сектором, неправительственными организациями и этническими и религиозными общинами;
- обеспечение технической поддержки при разработке, внедрении и оценке национальных программ по предупреждению насилия.

Проект представляет собой первую попытку по предупреждению насилия такого масштаба — на всем американском континенте — и может служить моделью для подобных региональных инициатив в других частях мира.

опыта, информационных сетей и внешнего и внутреннего финансирования. Нужно разработать механизмы для улучшения такого сотрудничества, возможно начиная с небольшого количества организаций, которые имеют полномочия

по предупреждению насилия и практический опыт в этой области (см. вставку 9.3).

Значительное улучшение коммуникационных технологий в последние годы — это положительный аспект глобализации, благодаря которой по-

ВСТАВКА 9.3**Усилия Организации Объединенных Наций по предотвращению межличностного насилия**

В настоящее время учреждениями Организации Объединенных Наций проводится большая работа по предупреждению межличностного насилия, особенно в виде мероприятий, направленных на конкретные виды насилия в конкретных местах. Однако до недавнего времени большая часть этой работы выполнялась несогласованно.

В ноябре 2001 г. представители 10 специализированных учреждений ООН встретились в Женеве (Швейцария), чтобы обсудить свои действия против межличностного насилия и найти способы координировать будущие усилия в этой области. Хотя в том, что касается вооруженных конфликтов, эти учреждения уже давно успешно сотрудничают, этого нельзя сказать о предупреждении ежедневно происходящих актов насилия и преступлений, которые затрагивают индивидов, семьи, общины, школы и места работы. Было бы очень полезно, если бы учреждения ООН больше сотрудничали и в разрешении этой сложной проблемы. Встреча в Женеве была первым шагом в этом направлении.

В послании участникам встречи Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан указал: «Мужчины и женщины повсюду в мире имеют право жить и растить своих детей, не опасаясь насилия. Мы должны помочь им воспользоваться этим правом, четко заявив, что насилие можно предотвратить, если совместно работать над определением лежащих в его основе причин».

Участники встречи определили направления своей совместной работы. В краткосрочном плане это подготовка инструкции по предупреждению межличностного насилия для учреждений ООН, с определением сферы компетенции каждого учреждения и указанием областей, в которых в настоящее время никто не работает. На основании этой инструкции будет создан веб-сайт, который поможет учреждениям обмениваться информацией и будет источником информации для других организаций ООН, правительств, неправительственных организаций, исследователей и доноров. В более долгосрочном плане сотрудничество будет включать организацию правозащитной работы, сбор и анализ данных, инициативы по исследованию и предупреждению насилия.

явились тысячи информационных сетей в целом ряде областей. Научные сотрудники и практики в области предупреждения насилия и связанных с этим областях благодаря обмену информацией значительно увеличили всемирную базу знаний, предлагая модели предупреждения насилия, обсуждая методы и критически оценивая результаты научных исследований. Наряду с работой правительств, организаций, оказывающих услуги, и правозащитных групп обмен информацией и идеями является решающим для дальнейшего прогресса.

Правозащитные группы являются важными партнерами системы здравоохранения, в первую очередь те из них, которые борются с насилием против женщин и выступают против нарушений прав человека (особенно против пыток и военных преступлений). Эти группы доказали свою способность мобилизовать ресурсы, собирать инфор-

мацию о важных проблемах и проводить кампании, имеющие влияние на политиков. Группы, выступающие против жестокого обращения с пожилыми и против самоубийств, также стали влиятельными в последние годы. Следует признать важность работы правозащитных организаций и подтвердить это на практике, например предложив им официальный статус на международных конференциях и включив их в официальные рабочие группы.

Рекомендация 8 **Контроль над соблюдением международных договоров, международного законодательства и других механизмов защиты прав человека**

За последние полвека правительства многих стран подписали ряд международных соглашений, кото-

рые имеют прямое отношение к вопросам насилия и его предупреждения. Такие договоры устанавливают стандарты для национальных законодательств и нормы и ограничения поведения людей. Вот некоторые наиболее важные в контексте настоящего доклада соглашения:

- Конвенция по предупреждению и наказанию геноцида (1948);
- Конвенция о борьбе с торговлей людьми и эксплуатации проституции третьими лицами (1949);
- Конвенция по искоренению всех форм расовой дискриминации (1965);
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966);
- Международный пакт о гражданских и политических правах (1966);
- Конвенция по искоренению всех форм дискриминации в отношении женщин (1979);
- Конвенция против пыток и других жестоких, негуманных или унижающих форм обращения или наказания (1984);
- Конвенция о правах ребенка (1989) и два Факультативных протокола к ней — касающийся участия детей в вооруженных конфликтах (2000) и касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии (2000);
- Римский Статут Международного уголовного суда (1998).

Существуют также другие важные соглашения, которые касаются различных аспектов насилия, например Африканская Хартия по правам человека и правам народов (1981) и Межамериканская конвенция по предупреждению, наказанию и искоренению насилия против женщин (1994).

Правительства многих стран достигли некоторого прогресса в приведении своих законодательств в соответствие с международными обязательствами, другие же еще нет. Некоторые страны не имеют средств или человеческих ресурсов, чтобы осуществить положения международных договоров на практике. Там, где препятствием является недостаток ресурсов или информации, большую помощь должно оказывать международное сообщество. В других случаях, чтобы добиться изменений в законодательстве и практической деятельности, необходимо проведение

специальных кампаний.

Рекомендация 9 **Борьба с мировой торговлей наркотиками и оружием с помощью практических мер на международном уровне**

Мировая торговля наркотиками и оружием неотделима от насилия как в развивающихся, так и в индустриальных странах; с ней ведется борьба на национальном и международном уровне. Как свидетельствует настоящий доклад, даже самый скромный успех на этом фронте будет способствовать снижению распространенности насилия, от которого страдают миллионы людей. Однако до сих пор, несмотря на то, что эта проблема хорошо известна, ее решение не найдено. Система здравоохранения способна бороться с ней как на местном, так и на национальном уровне, следовательно, ей должен быть отдан приоритет в мероприятиях, проводимых в глобальном масштабе.

Заключение

Насилия можно избежать. В наших силах сделать многое, чтобы предотвратить его. Можно защитить отдельных людей, семьи и общины, страдающие от насилия, и вырвать корни насилия, чтобы построить здоровый мир для всех людей.

Мир еще не до конца осознал масштабы предстоящей работы и сейчас еще не располагает всеми необходимыми для этого средствами. И все же глобальное понимание проблемы растет, и мы уже приобрели значительный опыт в этом деле.

Цель доклада «Насилие и его влияние на здоровье» — внести вклад в понимание этой проблемы. Мы верим, что доклад вдохновит многих людей на борьбу с насилием, будет способствовать росту сотрудничества, появлению инноваций и достижению политических соглашений по предотвращению насилия во всем мире.

Библиография

1. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification for external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
2. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (опубликовано в сотрудничестве с Центрами США по контролю и предупреждению болезней), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).

Статистическое приложение

Предварительные сведения

Каждый год более 100 стран–членов Всемирной организации здравоохранения сообщают ВОЗ детальную информацию о количестве смертей от различных заболеваний и травм. Эти данные они берут из систем регистрации рождаемости и смертности, использующих коды Международной классификации болезней (International Classification of Diseases — ICD) (1, 2). Национальные системы регистрации рождаемости и смертности фиксируют около 17 млн смертей в год во всем мире. Всемирная организация здравоохранения анализирует эти данные, а также результаты обзоров, переписей населения и эпидемиологических исследований, чтобы определить причины смертности, характерные для тех или иных стран, регионов и всего мира.

Эти данные, наряду с другой информацией, ВОЗ использует также для того, чтобы оценить размер глобального бремени заболеваний. Эти оценки, впервые опубликованные в 1996 г., представляют собой самый широкий анализ смертности и заболеваемости в мире, который когда-либо проводился (3). Сейчас проводится оценка глобального бремени болезней за 2000 г. (4). А оценки глобального бремени травм за 2000 г. представлены в данной работе. Ниже предлагается описание таблиц, включенных в Статистическое приложение, и данных, использованных для оценки уровня смертности в результате насилия в 2000 г.

Типы таблиц

В Статистическое приложение включены три типа таблиц:

- глобальные и региональные оценки смертности;
- 10 ведущих причин смертности и сокращения жизни в результате инвалидности (показатель DALYs — disability-adjusted life years) для всех стран–членов ВОЗ в совокупности и для каждого региона ВОЗ;
- уровни смертности в отдельных странах.

Глобальные и региональные оценки смертности

В таблице А.1 представлена численность населения стран, которая использовалась для оценки глобального и региональных уровней смертности. Таблицы А.2 — А.5 содержат оценки уровня смертности в результате насилия в 2000 г. В таблице А.2

приводится уровень смертности в результате преднамеренных ранений по половозрастным группам, регионам ВОЗ и уровню дохода стран. Оценки смертности в результате убийств, самоубийств и военных действий по половозрастным группам, регионам ВОЗ и уровню доходов стран представлены соответственно в таблицах А.3 — А.5.

Ранжирование причин смертности и инвалидности (DALYs)

В таблице А.6 представлены 10 ведущих причин смертности и сокращения жизни в результате инвалидности (DALYs) в 2000 г., а также показано, какое место занимает смертность и инвалидность, причиненные насилием. Это ранжирование произведено для всех стран–членов ВОЗ в совокупности и для каждого региона ВОЗ.

Уровни смертности в отдельных странах

В таблицах А.7 — А.9 приводятся данные о количестве смертей и уровне смертности в результате, соответственно, преднамеренных ранений, убийств и самоубийств, а в таблице А.10 сообщаются данные о смертности в результате применения огнестрельного оружия с распределением по видам смерти. В этих таблицах содержатся данные — абсолютные цифры и количество смертей на 100 000 человек по половозрастным группам — из стран, предоставивших ВОЗ информацию.

Методы Категории

Все смерти и травмы без летального исхода распределяются на категории (в соответствии с одной основной причиной) согласно правилам и условиям Международной классификации заболеваний (1, 2). Список причин, используемый «Global Burden of Disease project for 2000» («GBD 2000 project»), имеет четыре крупных уровня и включает 135 заболеваний и травм (5). Категории преднамеренных и непреднамеренных травм определяются кодами внешних причин. Например, преднамеренные травмы имеют следующие коды¹:

- убийство — ICD-9 E960–E969 или ICD-10 X85–Y09;
- самоубийство — ICD-9 E950–E959 или ICD-10 X60–X84;

¹ Основано на International classification of diseases, 9-е изд. (ICD-9) (1) и International statistical classification of diseases and related health problems, 10-е изд. (ICD-10) (2).

- травмы в результате военных действий — ICD-9 E990–E999 или ICD-10 Y36;
- травмы в результате вмешательства представителей закона — ICD-9 E970–978 или ICD-10 Y35;
- все преднамеренные травмы — ICD-9 E950–E978, E990–E999 или ICD-10 X60–Y09, Y35, Y36.

Абсолютные цифры и уровни смертности представлены по полу и регионам ВОЗ для 6 возрастных групп: 0–4 года, 5–14 лет, 15–29 лет, 30–44 года, 45–59 лет и 60 лет и старше.

Регионы ВОЗ

Все страны-члены ВОЗ объединены в 6 регионов: Африканский регион, Американский регион, регион Юго-Восточной Азии, Европейский регион и регион Западной части Тихого океана. Страны, входящие в каждый регион, указаны в таблице А.1.

Далее в таблицах А.1 — А.5 эти страны подразделены по уровню дохода на основании данных об их валовом национальном продукте (ВНП) на душу населения (который сейчас называют также валовым национальным доходом), собранных Всемирным банком и использованных в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире» за 1999 г. (6). На основании объема ВНП на душу населения, страны разделены на три группы: с низким доходом (785 долл. и ниже), со средним доходом (986–9635 долл.) и с высоким доходом (9636 долл. и выше).

Данные об общей смертности в мире

«GBD 2000 project» использует последние данные о населении стран-членов ВОЗ, подготовленные Отделом народонаселения ООН (7). Таблицы за 2000 г. были построены для каждой из 191 страны-члена ВОЗ (8, 9). Данные о травмах, приведенные здесь согласно «GBD 2000 project, Version 1», основаны на серьезном анализе данных о смертности во всех регионах мира, а также систематических обзорах эпидемиологических исследований и данных учреждений здравоохранения (4). Полные или неполные данные систем регистрации рождаемости и смертности и систем выборочной регистрации охватывают 72% смертей в мире. Обследования населения и косвенные демографические методы дают информацию об уровне смертности детей и взрослых, что составляет оставшиеся 28%.

Были проанализированы данные о причинах смерти, при этом учитывалась неполнота регистрации смертности национальными системами и

то, что модели причин смерти среди подгрупп населения, не охваченных системами регистрации (чаще всего это бедные слои населения), могут отличаться от общих моделей, характерных для страны (4). Например, модели причин смерти в Китае и Индии были основаны на данных существующих систем регистрации. В Китае это были система контроля над заболеваниями и система регистрации рождаемости и смертности министерства здравоохранения. В Индии данные о смертности для городских районов брались из медицинских свидетельств о причине смерти, а для сельских районов использовались результаты ежегодных обзоров причин смерти.

Для остальных стран, в которых системы регистрации не полностью фиксировали смертность, сначала составлялось максимально правдоподобное распределение причин смерти по широким категориям инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также травм, основанное на оценке общего уровня смертности и доходов. Затем на основании данных местной системы регистрации и словесной «аутопсии» конструировалась региональная модель характерных причин смерти, которая накладывалась на каждую широкую категорию причин. Наконец, итоговые оценки корректировались с учетом результатов, полученных в эпидемиологических исследованиях конкретных заболеваний и травм.

Особое внимание было уделено случаям неправильной классификации причин смерти. В категорию «Травма, причиненная случайно или преднамеренно» (E980–E989, согласно 3-значным кодам ICD-9, или Y10–Y34, согласно ICD-10) часто включают значительную долю смертей в результате травм. За исключением случаев, когда была доступна более подробная местная информация, эти смерти были пропорционально распределены и отнесены к другим причинам смерти в результате травм.

Глобальное и региональные распределения DALYs

Показатель DALY используется, чтобы количественно определить ущерб от заболеваний (3, 10). Он объединяет информацию о числе лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти, с данными о потере здоровья в результате инвалидности.

Годы, прожитые после получения инвалидности (years lived with disability — YLDs) — это часть DALYs.

Показатели YLDs измеряют равноценные здоровые годы жизни, потерянные в результате заболеваний или травм, приведших к инвалидности. Они требуют оценки типа, средней продолжительности и тяжести инвалидности (в пределах от 0 до 1).

«GBD 2000 project» использовал много источников информации для оценки YLDs для различных заболеваний и травм. Среди них данные национальных и международных обзоров и эпидемиологических исследований, записи о заболеваниях, данные медицинских обзоров, данные об использовании больниц и других медицинских учреждений (4).

Анализируя ущерб от травм, «GBD 2000 project» использовал методы, разработанные проектом 1990 г. Согласно этим методам, травма учитывается, если она достаточно серьезна и требует медицинского вмешательства или же приводит к смерти. При определении YLDs в результате травм анализировались базы данных по учреждениям здравоохранения, в которых регистрировались коды типа травмы и ее характера. На основании баз данных Австралии, Чили, Маврикия, Швеции и США были рассчитаны соотношения смерти и случаев заболеваемости (травматизма). Затем при помощи этих соотношений YLDs в результате травм экстраполировались на все регионы мира. Соотношения «смерть/заболеваемость» почти не различались в промышленно развитых и развивающихся странах мира. Доля случаев, приведших к долгосрочной инвалидности, рассчитывалась для каждой категории травм на основании обзора долгосрочных эпидемиологических исследований результатов травм.

При составлении таблицы А.6 все болезни и травмы, приведшие к смерти и инвалидности, сначала были разделены на три большие группы:

- инфекционные заболевания; болезни, полученные от матери или в результате осложнений в перинатальный период и недостаточного питания;
- неинфекционные заболевания;
- травмы.

Затем болезни и травмы были отнесены к тем или иным категориям. Например, травмы были разделены на преднамеренные и непреднамеренные. Затем были определены подкатегории. Например, непреднамеренные травмы были разделены на травмы, полученные в результате дорожных аварий, отравлений, падения с высоты,

пожаров, утопления и прочих непреднамеренных повреждений, а преднамеренные травмы — на травмы, причиненные себе самому, полученные в результате межличностного насилия и связанные с войной. Путем упорядочивания подкатегорий было составлено ранжирование болезней и травм.

Десять ведущих причин смерти и DALYs представлены в таблице А.6 для всех стран-членов ВОЗ в совокупности и для каждого из 6 регионов ВОЗ. В тех регионах, где насилие не входит в 10 ведущих причин смерти и инвалидности, было указано место, которое оно занимает в действительности. Для расчета показателей DALYs, приведенных в таблице А.6, использовались стандартный уровень временной поправки (3%) и стандартизация по возрасту (3).

Уровни смертности в отдельных странах

Абсолютные цифры и уровень смертности в результате насилия, представленные в таблицах А.7 — А.10, относятся к последнему году в интервале между 1990 и 2000 г. для стран с численностью населения более 1 млн человек, подававших сведения в ВОЗ. Что касается стран с численностью населения меньше 1 млн, то приводится средний уровень за последние 3 года с 1990 по 2000 г. на основании данных, сообщенных ВОЗ.

Уровень не рассчитывался, если число смертей в отдельной категории составляло менее 20; число смертей, однако, приводится. Уровни стандартизованы по возрасту. Для этого уровни, соответствующие отдельным возрастам, накладываются на «стандартное население мира» (11), тем самым обеспечивается сопоставимость уровней для населения с разной возрастной структурой.

Данные о населении, использованные для расчета уровня смертности для каждой страны в таблицах А.7 — А.10, доступны в Интернете на сайте Всемирной организации здравоохранения: <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Библиография

1. *International classification of diseases*, ninth revision. Geneva, World Health Organization, 1978.
2. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index*. Geneva, World Health Organization, 1992-1994.

3. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
4. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 36).
5. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9:69-82.
6. *World health report 1999 — making a difference*. Geneva, World Health Organization, 1999.
7. *World population prospects: the 2000 revision*. New York, NY, United Nations, 2001.
8. Lopez AD et al. *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper, No. 40).
9. *World health report 2000 — health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
10. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
11. Ahmad OA et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper, No. 31).

ТАБЛИЦА А.1

Население (в тыс. чел.) по половозрастным группам, для всех стран-членов ВОЗ, 2000^a г.

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Всего ^b	Мужчины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все страны	6 045 172	3 045 375	314 256	615 986	797 048	643 148	404 000	270 937
С высоким доходом	915 866	451 069	27 970	59 366	94 800	106 787	86 747	75 398
С низким и средним доходом	5 129 306	2 594 306	286 286	556 619	702 249	536 361	317 253	195 539
Африканский регион (страны с низким и средним доходом)^c	639 631	318 751	54 547	87 461	88 948	48 416	25 515	13 865
Алжир	30 291	15 346	1798	3601	4724	2959	1425	839
Ангола	13 134	6499	1300	1867	1683	888	493	269
Бенин	6272	3092	557	900	839	441	227	127
Ботсвана	1541	755	113	214	234	118	50	26
Буркина-Фасо	11 535	5576	1114	1713	1531	658	332	227
Бурунди	6356	3088	559	955	837	423	211	104
Габон	1230	609	98	150	147	95	69	49
Гамбия	1303	644	103	159	165	118	66	32
Гана	19 306	9613	1421	2555	2836	1526	823	452
Гвинея	8154	4102	733	1087	1129	646	338	169
Гвинея-Бисау	1199	591	105	156	154	93	53	31
Замбия	10 421	5236	954	1497	1501	701	369	214
Зимбабве	12 627	6315	1030	1831	1864	898	418	273
Кабо-Верде	427	199	31	54	62	38	5	9
Камерун	14 876	7405	1182	2046	2099	1089	609	381
Кения	30 669	15 273	2367	4333	4697	2251	1023	602
Коморские Острова	706	354	59	95	104	55	27	13
Конго	3018	1478	282	413	391	212	113	68
Конго, Демократическая Республика	50 948	25 245	5043	7427	6522	3414	1834	1005
Кот-д'Ивуар	16 013	8206	1219	2166	2317	1301	785	417
Лесото	2035	1009	148	256	281	167	99	59
Либерия	2913	1465	277	347	499	183	99	61
Маврикий	1161	579	48	103	154	145	84	45
Мавритания	2665	1321	236	354	361	203	110	56
Мадагаскар	15 970	7943	1436	2140	2122	1248	646	350
Малави	11 308	5617	1038	1609	1534	783	420	233
Мали	11 351	5624	1081	1552	1531	778	394	287
Мозамбик	18 292	9042	1589	2426	2475	1377	753	421
Намбия	1757	868	142	245	242	132	64	44
Нигер	10 832	5459	1157	1584	1457	746	352	162
Нигерия	113 862	57 383	9996	16 068	15 825	8410	4546	2538
Руанда	7609	3765	642	1040	1137	540	267	140
Сан-Томе и Принсипи	138	64	10	17	20	12	2	3
Свазиленд	925	456	70	123	130	72	39	22
Сейшельские Острова	80	40	3	7	11	10	6	3
Сенегал	9421	4697	805	1303	1296	731	385	178
Сьерра-Леоне	4405	2165	403	568	580	336	185	94
Танзания, Объединенная Республика	35 119	17 422	3015	4937	4960	2552	1319	639
Того	4527	2248	386	620	628	335	178	100
Уганда	23 300	11 625	2358	3393	3181	1515	774	403
Центральноафриканская Республика	3717	1811	304	494	489	268	158	98
Чад	7885	3900	749	1087	1031	557	302	174
Экваториальная Гвинея	457	225	40	60	58	35	20	12
Эритрея	3659	1817	311	496	488	287	156	78
Эфиопия	62 908	31 259	5628	8629	8284	4730	2617	1372
Южная Африка	43 309	21 323	2608	4784	6334	4340	2270	986
Американский регион (страны с высоким доходом)	314 291	155 035	11 201	23 350	32 303	37 526	28 679	21 977
Багамские Острова	304	150	15	30	42	35	17	11
Канада	30 757	15 229	920	2095	3166	3817	2953	2277
США	283 230	139 655	10 265	21 225	29 095	33 674	25 709	19 689

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Женщины						
	Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все страны	2 999 797	297 863	582 630	761 707	621 685	402 225	333 687
С высоким доходом	464 797	26 478	56 255	90 803	103 963	87 204	100 094
С низким и средним доходом	2 535 000	271 385	526 375	670 904	517 722	315 021	233 593
Африканский регион (страны с низким и средним доходом)^c	320 880	53 609	86 331	88 370	48 701	27 079	16 790
Алжир	14 945	1721	3435	4515	2891	1392	992
Ангола	6635	1292	1867	1700	919	534	324
Бенин	3180	551	899	849	503	242	137
Ботсвана	787	111	211	232	121	68	44
Буркина-Фасо	5959	1096	1694	1642	779	417	331
Бурунди	3268	555	955	857	459	272	170
Габон	621	97	149	148	96	73	58
Гамбия	658	103	159	169	123	69	36
Гана	9692	1397	2527	2827	1545	871	525
Гвинея	4052	715	1057	1101	637	348	194
Гвинея-Бисау	608	105	156	156	96	57	37
Замбия	5185	933	1465	1466	669	393	259
Зимбабве	6313	1021	1826	1841	858	446	320
Кабо-Верде	228	30	53	65	48	14	18
Камерун	7471	1163	2021	2088	1097	652	451
Кения	15 396	2330	4301	4697	2284	1103	681
Коморские Острова	352	57	92	103	55	29	16
Конго	1540	281	420	405	223	126	86
Конго, Демократическая Республика	25 703	4984	7392	6532	3479	2012	1304
Кот-д'Ивуар	7807	1202	2157	2279	1141	648	380
Лесото	1026	145	250	276	170	109	75
Либерия	1448	274	346	491	168	97	72
Маврикий	583	47	100	149	140	88	59
Мавритания	1344	234	352	360	210	117	70
Мадагаскар	8028	1430	2137	2122	1258	675	406
Малави	5692	1016	1576	1513	811	485	291
Мали	5727	1061	1540	1527	788	445	365
Мозамбик	9251	1589	2434	2482	1407	825	515
Намибия	889	140	242	238	136	77	56
Нигер	5373	1128	1532	1410	737	372	193
Нигерия	56 479	9688	15 549	15 357	8304	4700	2881
Руанда	3844	642	1047	1150	537	289	179
Сан-Томе и Принсипи	73	10	17	21	15	4	6
Свазиленд	469	69	123	132	75	42	27
Сейшельские Острова	40	3	7	10	10	6	4
Сенегал	4723	787	1281	1292	741	405	218
Сьерра-Леоне	2239	403	575	591	350	203	116
Танзания, Объединенная Республика	17 697	2960	4889	5020	2637	1425	767
Того	2279	381	617	629	340	192	120
Уганда	11 676	2333	3382	3171	1480	827	482
Центральноафриканская Республика	1907	304	497	511	286	181	128
Чад	3985	743	1085	1043	574	328	212
Экваториальная Гвинея	231	40	60	58	36	22	15
Эритрея	1842	306	494	490	293	165	94
Эфиопия	31 649	5568	8589	8287	4815	2787	1602
Южная Африка	21 986	2569	4773	6369	4356	2443	1476
Американский регион (страны с высоким доходом)	159 256	10 666	22 263	31 189	36 916	29 301	28 922
Багамские Острова	154	15	29	41	36	20	14
Канада	15 527	874	1993	3040	3773	2987	2860
США	143 575	9777	20 240	28 108	33 108	26 294	26 048

ТАБЛИЦА А.1 (продолжение)

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Всего ^b	Мужчины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Американский регион (страны с низким и средним доходом)	5 13 081	254 252	27 942	54 610	72 444	51 530	29 507	18 219
Антигуа и Барбуда	65	32	3	7	9	7	4	3
Аргентина	37 032	18 163	1779	3436	4785	3454	2612	2098
Барбадос	267	130	9	19	33	35	19	14
Белиз	226	115	15	29	34	20	10	7
Боливия	8329	4144	617	1063	1155	683	393	233
Бразилия	170 406	84 169	8145	16 804	24 344	18 495	10 440	5941
Венесуэла	24 170	12 161	1429	2771	3371	2449	1404	737
Гаити	8142	3989	578	1099	1179	601	326	206
Гайана	761	369	41	76	118	74	36	23
Гватемала	11 385	5741	942	1593	1637	828	448	292
Гондурас	6417	3230	491	874	935	524	252	153
Гренада	94	46	5	9	13	10	6	4
Доминика	71	35	3	7	9	7	4	3
Доминиканская Республика	8373	4254	479	950	1215	876	466	268
Колумбия	42 105	20 786	2429	4608	5758	4375	2318	1297
Коста-Рика	4024	2040	226	441	557	438	236	142
Куба	11 199	5611	368	850	1310	1432	918	733
Мексика	98 872	48 926	5705	11 012	14 605	9374	5094	3136
Никарагуа	5071	2523	408	691	741	389	189	105
Панама	2856	1441	154	303	393	302	176	113
Парагвай	5496	2772	394	711	761	509	267	129
Перу	25 662	12 726	1475	2877	3743	2399	1368	865
Сальвадор	6278	3082	407	731	954	495	293	201
Сент-Люсия	148	72	9	16	22	14	7	5
Сент-Винсент и Гренадины	113	56	6	11	15	12	7	5
Сент-Китс и Невис	38	19	2	4	5	4	2	2
Суринам	417	207	20	44	65	45	17	15
Тринидад и Тобаго	1294	644	45	119	188	143	91	57
Уругвай	3337	1619	145	278	396	318	244	239
Чили	15 211	7531	734	1469	1865	1737	1057	669
Эквадор	12 646	6350	747	1429	1857	1239	668	410
Ямайка	2576	1270	134	278	370	242	132	113
Регион Юго-Восточной Азии (страны с низким и средним доходом)^c	1 535 634	786 265	90 144	172 450	218 856	160 218	90 548	54 049
Бангладеш	137 439	70 858	9562	17 773	20 431	13 252	6434	3405
Бутан	2085	1054	167	287	281	157	98	64
Индия	1 008 937	520 312	60 014	114 668	142 803	105 142	60 892	36 792
Индонезия	212 092	106 379	11 094	22082	31 038	22 647	12 123	7394
Корейская Народно-Демократическая Республика	22 268	11 179	987	2030	2789	2728	1644	1001
Мальдивские Острова	291	149	24	41	41	23	12	8
Мьянма	47 749	23 729	2740	5246	6885	4655	2696	1507
Непал	23 043	11 811	1833	3052	3184	1923	1150	669
Таиланд	62 806	31 078	2928	5536	8776	7476	4049	2312
Шри-Ланка	18 924	9718	794	1734	2629	2214	1449	898
Европейский регион (страны с высоким доходом)	394 607	193 120	10 797	23 462	39 208	46 232	37 098	36 323
Австрия	8080	3942	209	481	768	1046	759	680
Андорра	86	45	2	5	10	13	8	7
Бельгия	10 249	5020	282	624	978	1198	971	966
Великобритания	59 415	29 242	1804	3972	5733	6896	5529	5307
Германия	82 017	40 148	1965	4583	7254	10 564	7897	7885
Греция	10 610	5230	259	565	1161	1158	965	1122
Дания	5320	2633	169	330	499	607	564	464
Израиль	6040	2980	316	560	773	561	429	341

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Женщины						
	Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Американский регион (страны с низким и средним доходом)	258 829	26 872	52 717	71 810	53 591	31 566	22 273
Антигуа и Барбуда	33	3	6	8	7	4	3
Аргентина	18 68	1720	3330	4691	3509	2780	2839
Барбадос	138	8	19	33	35	21	22
Белиз	112	14	28	34	20	9	7
Боливия	4 185	593	1026	1 149	711	426	280
Бразилия	86 238	7860	16 268	24 223	19 206	11 301	7380
Венесуэла, БР	12 009	1368	2659	3271	2433	1421	857
Гаити	4 153	557	1072	1 187	683	402	253
Гайана	392	40	75	119	86	43	30
Гватемала	5 645	903	1 527	1 593	852	460	310
Гондурас	3 187	472	844	910	526	261	173
Гренада	47	4	9	12	10	6	5
Доминика	36	3	7	9	8	5	4
Доминиканская Республика	4 119	461	915	1 150	841	468	284
Колумбия	21 319	2 331	4 438	5 727	4 669	2 555	1 599
Коста-Рика	1 983	216	420	528	426	235	158
Куба	5 588	350	809	1 258	1 423	953	796
Мексика	49 946	5 463	10 590	14 694	10 008	5 483	3 707
Никарагуа	2 548	393	669	742	414	203	127
Панама	1 415	147	290	384	302	174	118
Парагвай	2 725	379	688	740	495	259	164
Перу	12 935	1 421	2 794	3 727	2 560	1 442	992
Сальвадор	3 196	390	707	949	573	327	250
Сент-Люсия	75	8	15	22	15	8	7
Сент-Винсент и Гренадины	57	5	11	15	12	8	6
Сент-Киттс и Невис	19	2	4	5	4	3	2
Суринам	210	20	43	63	46	20	19
Тринидад и Тобаго	651	43	116	185	147	93	67
Уругвай	1 718	139	266	383	331	265	334
Чили	7 680	707	1 418	1 821	1 742	1 110	882
Эквадор	6 296	719	1 383	1 812	1 231	684	466
Ямайка	1 307	129	270	367	268	139	134
Регион Юго-Восточной Азии (страны с низким и средним доходом)^С	749 369	85 306	162 342	204 600	149 046	88 487	59 589
Бангладеш	66 582	9 090	16 765	19 111	12 132	6 093	3 391
Бутан	1 032	160	276	271	153	99	71
Индия	488 626	56 384	106 854	131 070	95 662	58 596	40 060
Индонезия	105 713	10 688	21 367	30 239	22 054	12 615	8 750
Корейская Народно- Демократическая Республика	11 090	945	1 940	2 675	2 629	1 665	1 236
Мальдивские Острова	142	23	39	39	22	11	7
Мьянма	24 020	2 667	5 154	6 866	4 752	2 848	1 734
Непал	11 232	1 730	2 839	2 968	1 878	1 125	692
Таиланд	31 728	2 851	5 426	8 815	7 650	4 197	2 788
Шри-Ланка	9 206	767	1 681	2 546	2 113	1 238	861
Европейский регион (страны с высоким доходом)	201 490	10 224	22 287	37 512	45 016	37 338	49 109
Австрия	4 138	198	456	739	992	758	996
Андорра	41	2	4	9	12	7	7
Бельгия	5 229	269	596	944	1 159	959	1 302
Великобритания	30 173	1 719	3 778	5 447	6 704	5 578	6 947
Германия	41 869	1 861	4 330	6 838	9 876	7 778	11 184
Греция	5 380	242	532	1 104	1 158	982	1 361
Дания	2 687	159	314	481	581	553	600
Израиль	3 060	298	533	737	581	458	453

ТАБЛИЦА А.1 (продолжение)

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Всего ^b	Мужчины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Европейский регион (страны с высоким доходом) (продолжение)								
Ирландия	3803	1890	136	286	502	384	324	258
Исландия	279	140	11	23	32	31	24	19
Испания	39 910	19 511	939	2088	4657	4634	3454	3738
Италия	57 530	27 902	1350	2870	5665	6676	5434	5908
Люксембург	437	215	14	28	42	53	42	36
Монако	33	16	1	2	3	4	3	3
Нидерланды	15 864	7862	480	1005	1520	1992	1616	1249
Норвегия	4469	2213	149	305	437	509	437	376
Португалия	10 016	4819	288	569	1159	1065	860	879
Сан-Марино	27	13	1	1	3	3	3	3
Финляндия	5172	2523	148	329	492	569	566	420
Франция	59 238	28 856	1862	3817	6081	6431	5526	5138
Швейцария	7170	3546	187	424	619	896	764	655
Швеция	8842	4375	226	599	817	941	921	870
Европейский регион (страны с низким и средним доходом)	478 968	230 651	15 396	38 477	59 421	51 974	36 583	28 800
Азербайджан	8041	3959	314	886	1083	935	392	350
Албания	3134	1603	159	326	418	365	203	131
Армения	3787	1834	106	356	496	433	231	212
Беларусь	10 187	4746	241	732	1153	1150	793	677
Болгария	7949	3864	162	479	890	813	773	747
Босния и Герцеговина	3977	1968	106	283	462	521	342	254
Венгрия	9968	4756	251	613	1149	1001	983	758
Грузия	5262	2512	153	399	611	575	379	395
Казахстан	16 172	7844	648	1570	2131	1807	1011	676
Киргизская Республика	4921	2413	265	579	676	486	230	177
Латвия	2421	1116	48	168	261	265	203	171
Литва	3696	1743	95	272	412	423	289	252
Македония, БЮР	2034	1017	75	162	249	226	172	133
Мальта	390	193	12	28	44	40	40	28
Молдова, Республика	4295	2054	133	375	539	453	325	229
Польша	38 605	18 761	1024	2767	4772	4143	3498	2557
Российская Федерация	145 491	68 130	3254	10 103	16 713	16 737	11 983	9339
Румыния	22 438	10 977	584	1511	2760	2376	1930	1816
Словацкая Республика	5399	2625	148	391	686	590	479	331
Словения	1988	966	46	116	222	230	201	151
Таджикистан	6087	3032	393	822	852	551	232	182
Туркменистан	4737	2345	305	598	653	463	197	128
Турция	66 668	33 676	3614	6581	10 002	6843	4024	2612
Узбекистан	24 881	12 357	1407	3182	3538	2436	1045	749
Украина	49 568	23 019	1122	3397	5549	5281	4011	3659
Хорватия	4654	2253	138	292	486	527	434	377
Чешская Республика	10 272	4995	231	633	1229	1045	1096	761
Эстония	1393	649	31	95	155	150	118	99
Югославия	10 552	5248	332	762	1226	1109	970	848
Регион Восточного Средиземноморья (страны с высоким доходом)	5870	3594	230	597	783	1000	763	221
Катар	565	366	27	50	62	141	74	13
Кипр	784	391	28	66	89	85	69	55
Кувейт	1914	1115	73	231	287	261	205	57
Объединенные Арабские Эмираты	2606	1722	102	250	345	513	414	97
Регион Восточного Средиземноморья (страны с низким и средним доходом)	475 785	242 847	34 697	62 275	67 412	41 988	23 809	12 666
Афганистан	21 765	11 227	1954	2923	3018	1814	1008	510

Страны-члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Женщины						
	Все возрасты 0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Европейский регион (страны с высоким доходом) (продолжение)							
Ирландия	1913	128	270	481	393	321	321
Исландия	139	10	21	31	31	23	23
Испания	20 400	877	1970	4462	4584	3555	4952
Италия	29 628	1271	2726	5460	6631	5603	7937
Люксембург	222	13	26	41	52	40	49
Монако	17	1	2	3	4	3	4
Нидерланды	8002	457	960	1464	1904	1567	1649
Норвегия	2256	141	289	420	487	422	498
Португалия	5197	272	542	1132	1098	943	1210
Сан-Марино	14	1	1	3	3	3	4
Финляндия	2649	141	315	472	549	560	612
Франция	30 382	1771	3648	5875	6483	5584	7021
Швейцария	3624	178	405	589	837	743	871
Швеция	4467	214	569	781	898	896	1109
Европейский регион (страны с низким и средним доходом)	248 317	14 736	36 869	57 486	52 418	40 312	46 495
Азербайджан	4082	296	836	1024	996	437	493
Албания	1531	150	305	391	346	189	150
Армения	1953	101	336	479	477	274	286
Беларусь	5441	227	704	1147	1205	911	1248
Болгария	4086	155	457	852	815	831	976
Босния и Герцеговина	2009	99	266	437	511	357	339
Венгрия	5212	239	586	1099	995	1084	1209
Грузия	2750	146	379	587	611	437	591
Казахстан	8329	625	1520	2094	1818	1141	1131
Киргизская Республика	2508	259	567	670	497	249	266
Латвия	1305	46	160	254	269	242	334
Литва	1953	91	261	400	427	341	434
Македония, БЮР	1017	70	153	238	220	176	160
Мальта	197	12	26	41	39	40	38
Молдова, Республика	2242	126	360	533	485	379	358
Польша	19 844	970	2634	4594	4080	3724	3843
Российская Федерация	77 361	3108	9657	16 269	16 974	13 768	17 584
Румыния	11 461	553	1447	2659	2351	2044	2406
Словацкая Республика	2773	141	374	662	580	515	501
Словения	1022	44	110	212	228	198	230
Таджикистан	3055	381	801	836	573	232	233
Туркменистан	2393	296	583	646	477	212	179
Турция	32 992	3494	6332	9528	6659	3960	3019
Узбекистан	12 524	1354	3079	3487	2506	1089	1009
Украина	26 549	1068	3254	5399	5527	4775	6526
Хорватия	2401	131	279	469	518	442	562
Чешская Республика	5276	220	602	1178	1015	1136	1125
Эстония	745	30	91	151	151	140	182
Югославия	5305	308	710	1148	1068	988	1083
Регион Восточного Средиземноморья (страны с высоким доходом)	2276	219	563	627	440	289	137
Катар	199	26	48	46	51	23	5
Кипр	393	26	62	85	83	70	68
Кувейт	800	71	224	262	126	88	28
Объединенные Арабские Эмираты	884	96	229	234	180	108	37
Регион Восточного Средиземноморья (страны с низким и средним доходом)	232 939	33 023	59 158	64 526	39 940	22 641	13 650
Афганистан	10 538	1852	2736	2796	1679	955	519

ТАБЛИЦА А.1 (продолжение)

Страны-члены ВОЗ по региону и уровню дохода	Всего ^b	Мужчины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья (страны с низким и средним доходом) (продолжение)								
Бахрейн	640	368	29	63	75	120	64	16
Джибути	632	297	52	86	80	38	28	14
Египет	67 884	34 364	4096	8182	9788	6652	3721	1925
Иордания	4913	2554	390	618	780	459	194	113
Ирак	22 946	11 666	1817	3063	3329	1939	1018	501
Иран, Исламская Республика	70 330	35 998	3882	9640	10 578	6420	3702	1776
Йемен	18 349	9142	1996	2703	2402	1308	439	294
Ливан	3496	1711	171	384	498	357	163	137
Ливийская Арабская Джамахирия	5290	2741	329	589	877	473	316	157
Марокко	29 878	14 964	1832	3441	4457	2948	1429	856
Оман	2538	1347	206	363	334	223	166	55
Пакистан	141 256	72 622	11 427	18 985	19 041	11 856	7234	4080
Саудовская Аравия	20 346	10 872	1630	2835	2682	1731	1471	523
Сирийская Арабская Республика	16 189	8200	1146	2228	2488	1400	575	363
Сомали	8778	4358	897	1216	1154	619	314	158
Судан	31 095	15 639	2412	3943	4390	2645	1456	792
Тунис	9459	4776	430	1013	1441	986	511	396
Регион Западной части Тихого океана (страны с высоким доходом)	201 099	99 320	5743	11 957	22 505	22 029	20 208	16 878
Австралия	19 138	9529	648	1368	2127	2176	1788	1421
Бруней Даруссалам	328	173	18	36	41	44	25	9
Корея, Республика	46 740	23 522	1631	3517	6239	6309	3679	2147
Новая Зеландия	3778	1861	142	302	393	424	335	265
Сингапур	4018	2023	145	310	412	583	376	197
Япония	127 096	62 212	3159	6424	13 293	12 493	14 004	12 839
Регион Западной части Тихого океана (страны с низким и средним доходом)	1 486 206	761 540	63 560	141 345	195 168	182 236	111 291	67 940
Вануату	197	101	16	27	27	17	9	5
Вьетнам	78 137	38 938	3939	9293	11 379	7973	3633	2722
Камбоджа	13 104	6389	1070	1846	1700	1050	518	205
Кирибати	83	43	6	10	11	8	5	3
Китай	1 282 437	659 410	51 092	116 265	165 941	162 699	101 353	62 059
Кука Острова	20	10	1	2	3	2	1	1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5279	2636	426	722	719	420	210	139
Малазия	22 218	11 255	1350	2541	3029	2286	1357	692
Маршалловы Острова	51	26	4	6	7	5	3	2
Микронезия, Федеративные Штаты	123	64	9	15	16	12	7	4
Монголия	2533	1268	139	315	387	259	105	63
Ниуэ	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Науру	12	6	1	2	2	1	1	<1
Палау	19	10	1	2	2	2	1	1
Папуа–Новая Гвинея	4809	2507	366	635	746	436	223	101
Самоа	159	83	11	23	27	12	6	5
Соломоновы Острова	447	230	41	63	66	33	18	10
Тонга	99	52	6	12	15	10	6	3
Тувалу	10	5	1	1	2	1	1	<1
Фиджи	814	414	50	90	118	85	49	22
Филиппины	75 653	38 092	5031	9474	10 973	6925	3785	1903

Источник: ООН, 2001 г.

^a Цифры округлены до 1000. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением.

^b Суммарный показатель для мужчин и женщин.

^c В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

Страны–члены ВОЗ по регионам и уровням дохода	Женщины						
	Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья (страны с низким и средним доходом) (продолжение)							
Бахрейн	272	28	60	68	72	30	14
Джибути	335	51	85	83	53	43	21
Египет	33 521	3915	7811	9197	6367	3871	2359
Иордания	2359	372	588	713	392	184	110
Ирак	11 280	1739	2935	3178	1875	1001	553
Иран, Исламская Республика	34 332	3672	9107	10 154	6007	3496	1895
Йемен	9207	1914	2575	2285	1378	680	375
Ливан	1786	164	370	489	404	197	162
Ливийская Арабская Джамахирия	2549	314	563	848	444	248	133
Марокко	14 914	1764	3318	4307	2966	1511	1049
Оман	1191	198	352	325	170	94	52
Пакистан	68 634	10 783	17 826	18 240	11 178	6542	4065
Саудовская Аравия	9474	1556	2713	2590	1330	831	453
Сирийская Арабская Республика	7988	1093	2144	2417	1340	593	401
Сомали	4420	890	1206	1164	639	336	184
Судан	15 457	2316	3803	4284	2641	1507	905
Тунис	4682	403	964	1387	1005	522	402
Регион Западной части Тихого океана (страны с высоким доходом)	101 778	5368	11 142	21 475	21 591	20 276	21 926
Австралия	9608	615	1296	2052	2179	1762	1705
Бруней Даруссалам	156	17	34	38	39	19	8
Корея, Республика	23 218	1474	3118	5883	6107	3653	2984
Новая Зеландия	1917	135	288	383	452	337	323
Сингапур	1995	135	289	388	585	370	227
Япония	64 884	2993	6118	12 730	12 229	14 135	16 679
Регион Западной части Тихого океана (страны с низким и средним доходом)	724 667	57 838	128 958	184 113	174 027	104 936	74 795
Вануату	96	14	25	26	17	8	5
Вьетнам	39 199	3804	9034	11 295	8179	3782	3106
Камбоджа	6715	1037	1797	1681	1170	665	366
Кирибати	40	6	10	10	7	4	3
Китай	623 027	45 892	104 807	155 577	154 205	94 679	67 867
Кука Острова	9	1	2	3	2	1	1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	2643	410	698	705	441	231	157
Малайзия	10 964	1280	2405	2925	2269	1314	771
Маршалловы Острова	25	4	6	6	4	3	2
Микронезия, Федеративные Штаты	59	8	15	15	11	6	4
Монголия	1265	133	305	380	262	108	78
Ниуэ	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Науру	6	1	1	1	1	1	<1
Палау	9	1	2	2	2	1	1
Папуа–Новая Гвинея	2303	344	583	637	422	217	98
Самоа	75	11	21	22	9	6	6
Соломоновы Острова	217	38	59	61	34	17	9
Тонга	47	6	11	13	9	5	4
Тувалу	5	1	1	1	1	1	<1
Фиджи	400	47	85	112	82	50	25
Филиппины	37 561	4800	9090	10 641	6901	3837	2293

ТАБЛИЦА А.2

Оценка смертности в результате преднамеренных травм^а по половозрастным группам, регионам ВОЗ и уровням дохода, 2000 г.

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^б		Всего ^с	Мужчины						
Регионы ВОЗ	Уровень дохода		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	1659	1153	41	54	351	320	205	182
	высокий	149	111	1	1	24	31	27	27
	низкий и средний	1510	1042	40	54	326	288	178	156
Африканский регион ^д	низкий и средний	311	225	17	23	72	57	31	25
Американский регион	все	228	196	2	3	87	60	28	17
	высокий	56	44	<1	1	13	14	9	7
	низкий и средний	171	152	1	2	74	46	19	10
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	317	216	5	15	69	59	38	29
Европейский регион	все	303	239	2	5	53	78	58	44
	высокий	55	41	<1	<1	7	11	10	12
	низкий и средний	248	198	2	5	46	67	48	31
Регион Восточного Средиземноморья	все	95	62	14	5	20	11	7	5
	высокий	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	95	61	14	5	20	11	7	5
Регион Западной части Тихого океана	все	405	216	1	4	50	55	44	62
	высокий	37	26	<1	<1	4	6	8	7
	низкий и средний	368	190	1	4	45	48	36	55

Количество смертей от травм на 100 тыс. чел.

Количество смертей от травм на 100 тыс. чел.		Всего ^{с,е}	Мужчины						
Регионы ВОЗ	Уровень дохода		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	28,8	40,5	13,0	8,8	44,0	49,7	50,7	67,4
	высокий	14,4	22,1	2,2	1,5	25,7	29,4	31,3	35,8
	низкий и средний	32,1	44,8	14,1	9,6	46,5	53,8	56,0	79,6
Африканский регион ^д	низкий и средний	60,9	94,6	31,2	25,9	80,9	118,0	119,7	182,5
Регион стран Америки	все	27,7	48,6	3,8	3,4	83,2	67,2	48,0	43,1
	высокий	17,2	27,6	4,0	2,4	41,8	36,3	30,7	33,7
	низкий и средний	34,3	62,1	3,8	3,8	101,7	89,7	64,9	54,5
Регион Юго-восточной Азии ^д	низкий и средний	22,8	31,3	6,0	8,9	31,7	36,6	41,8	54,1
Европейский регион	все	32,0	52,5	6,5	7,9	53,7	79,6	78,1	67,0
	высокий	11,5	17,8	0,9	0,7	16,6	24,7	26,7	34,3
	низкий и средний	49,6	83,7	10,4	12,4	78,1	128,4	130,2	108,3
Регион Восточного Средиземноморья	все	21,6	27,4	39,9	7,3	29,1	26,6	27,2	40,8
	высокий	10,3	13,9	3,9	3,3	19,0	17,6	12,3	20,2
	низкий и средний	21,8	27,7	40,2	7,3	29,2	26,9	27,7	41,2
Регион Западной части Тихого океана	все	24,3	26,5	1,9	2,8	22,7	26,7	33,6	72,9
	высокий	15,4	22,3	1,1	1,2	18,7	27,9	41,3	41,8
	низкий и средний	26,2	27,7	2,0	3,0	23,2	26,6	32,2	80,6

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%)

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%)		Всего ^с	Мужчины						
Регионы ВОЗ	Уровень дохода		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	32,8	33,8	15,0	20,0	39,8	38,7	34,7	31,9
	высокий	31,6	35,7	12,8	14,9	37,2	42,7	41,9	26,1
	низкий и средний	32,9	33,6	15,1	20,1	40,0	38,3	33,8	33,2
Африканский регион ^д	низкий и средний	41,3	43,9	23,7	29,7	56,3	53,4	43,8	43,0
Американский регион	все	40,6	44,9	8,7	17,6	57,7	50,2	41,2	26,0
	высокий	33,1	37,9	19,6	19,6	46,2	42,8	39,9	25,7
	низкий и средний	43,9	47,5	7,1	17,1	60,4	52,9	41,8	26,3
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	23,1	24,3	7,9	18,7	28,1	28,4	26,1	21,1
Европейский регион	все	37,1	39,3	16,0	29,7	41,7	43,2	39,2	34,6
	высокий	29,4	33,7	8,1	10,0	28,9	44,0	42,8	27,1
	низкий и средний	39,4	40,7	17,0	31,9	44,5	43,1	38,5	38,9

Абсолютные цифры (в тыс. случаев)^b

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	506	23	37	153	119	77	97
	высокий	38	<1	1	6	10	9	12
	низкий и средний	468	23	37	147	109	68	85
Африканский регион ^d	низкий и средний	86	12	13	32	15	9	6
Американский регион	все	31	1	1	11	9	5	4
	высокий	12	<1	<1	3	4	3	2
	низкий и средний	19	1	1	8	5	2	2
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	101	4	13	37	23	13	12
Европейский регион	все	64	1	1	11	17	14	21
	высокий	15	<1	<1	2	3	4	6
	низкий и средний	50	1	1	9	13	11	15
Регион Восточного Средиземноморья	все	34	4	5	12	5	3	4
	высокий	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	34	4	5	12	5	3	4
Регион Западной части Тихого океана	все	189	1	3	50	50	33	52
	высокий	11	<1	<1	2	2	3	5
	низкий и средний	178	1	3	48	47	31	47

Количество смертей от травм на 100 тыс. чел.

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	17,3	7,7	6,4	20,1	19,1	19,1	29,2
	высокий	6,9	1,8	0,9	6,7	9,2	10,3	12,2
	низкий и средний	19,7	8,3	7,0	21,9	21,1	21,5	36,5
Африканский регион ^d	низкий и средний	29,6	21,9	14,6	36,1	31,5	32,2	36,4
Американский регион	все	7,5	2,7	1,8	10,5	10,1	8,4	7,2
	высокий	7,1	3,2	1,4	8,2	10,8	9,3	6,6
	низкий и средний	7,6	2,6	2,0	11,5	9,6	7,5	7,9
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	14,3	4,3	8,3	18,2	15,2	14,2	19,7
Европейский регион	все	12,5	3,3	2,1	11,3	17,2	18,4	21,6
	высокий	5,7	0,7	0,5	4,4	7,5	9,7	11,7
	низкий и средний	18,3	5,2	3,1	15,7	25,5	26,5	31,9
Регион Восточного Средиземноморья	все	15,5	13,1	8,7	19,1	12,9	11,6	27,2
	высокий	4,4	2,1	0,7	5,7	6,0	4,0	6,1
	низкий и средний	15,7	13,2	8,8	19,2	13,0	11,7	27,4
Регион Западной части Тихого океана	все	22,5	2,2	2,4	24,5	25,3	26,6	53,3
	высокий	8,8	1,3	0,9	8,4	9,9	12,8	21,0
	низкий и средний	25,0	2,3	2,5	26,3	27,2	29,2	62,8

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	30,7	10,3	18,1	42,9	42,3	37,3	26,0
	высокий	24,4	14,8	17,1	35,2	45,3	43,1	13,7
	низкий и средний	31,4	10,2	18,1	43,3	42,0	36,6	29,9
Африканский регион ^d	низкий и средний	35,8	19,0	27,2	60,8	44,3	36,8	27,4
Американский регион	все	25,3	9,2	18,1	42,1	41,0	32,3	9,0
	высокий	22,6	22,4	19,6	32,6	39,1	35,0	8,1
	низкий и средний	27,3	7,1	17,7	46,3	42,6	29,6	10,3
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	20,9	7,9	14,6	29,1	26,5	23,8	14,5
Европейский регион	все	30,8	11,7	18,7	39,1	47,6	38,2	21,6
	высокий	21,8	8,9	12,9	31,0	50,8	48,1	12,5
	низкий и средний	35,1	12,1	19,5	41,0	46,8	35,7	30,1

ТАБЛИЦА А.2 (продолжение)

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	все	28,2	28,9	41,0	17,9	33,1	28,4	23,2	21,0
	высокий	19,9	19,5	15,8	17,2	21,4	23,0	15,1	16,6
	низкий и средний	28,3	29,0	41,1	17,9	33,3	28,5	23,4	21,1
Регион Западной части Тихого океана	все	33,1	28,5	1,9	7,6	29,3	31,6	33,5	39,3
	высокий	33,0	33,5	5,0	10,5	32,4	41,5	43,8	25,1
	низкий и средний	33,2	27,9	1,8	7,5	29,1	30,7	31,8	42,3

Доля от числа всех смертей (%)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	3,0	3,9	0,7	7,4	18,6	10,6	4,7	1,3
	высокий	1,9	2,7	1,4	7,3	26,4	15,7	5,2	0,8
	низкий и средний	3,2	4,1	0,7	7,4	18,2	10,2	4,6	1,4
Африканский регион ^d	низкий и средний	2,9	4,1	0,8	10,5	13,8	6,4	5,0	2,7
	все	3,9	6,2	0,6	7,4	40,3	20,3	6,0	0,9
Американский регион	высокий	2,1	3,3	2,2	11,0	35,3	16,7	4,7	0,7
	низкий и средний	5,4	8,4	0,4	6,8	41,3	21,7	6,8	1,1
	низкий и средний	2,2	2,8	0,3	5,9	12,7	7,4	3,1	0,9
Регион Юго-Восточной Азии ^d	все	3,1	4,8	1,2	16,2	29,5	19,7	7,0	1,3
	высокий	1,4	2,1	0,7	4,0	18,8	14,6	4,6	0,8
	низкий и средний	4,3	6,6	1,3	18,1	32,0	20,9	7,9	1,7
Регион Восточного Средиземноморья	все	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
	высокий	2,4	3,0	1,3	9,7	16,2	9,7	2,1	0,5
	низкий и средний	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
Регион Западной части Тихого океана	все	3,6	3,4	0,2	3,8	17,3	11,4	4,5	1,6
	высокий	2,6	3,3	0,8	5,2	22,8	16,4	7,2	1,2
	низкий и средний	3,7	3,4	0,2	3,7	16,9	11,0	4,2	1,6

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Преднамеренные травмы — по классификации ВОЗ ICD-10 X60–Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950–E978, E990–E999).

^b Абсолютные цифры округлены до 1000. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением.

^c Суммарный показатель для мужчин и женщин.

^d В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

^e Стандартизировано по возрасту.

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	все	27,1	12,2	25,3	44,7	34,5	27,5	24,7
	высокий	22,3	13,4	9,3	34,2	26,1	18,0	13,8
	низкий и средний	27,1	12,2	25,3	44,7	34,6	27,5	24,8
Регион Западной части Тихого океана	все	40,8	2,3	10,1	52,3	56,3	50,4	43,0
	высокий	32,2	7,4	17,0	46,2	52,1	48,1	22,7
	низкий и средний	41,5	2,2	10,0	52,6	56,5	50,6	47,1

Доля от числа всех смертей (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	1,9	0,4	5,2	8,8	5,8	2,9	0,7
	высокий	1,0	1,5	4,8	18,1	10,0	3,3	0,3
	низкий и средний	2,1	0,4	5,2	8,6	5,6	2,8	0,8
Африканский регион ^d	низкий и средний	1,7	0,6	5,7	4,1	1,9	2,0	0,6
	все	1,1	0,5	5,1	13,7	6,3	1,8	0,2
Американский регион	высокий	0,9	2,2	9,1	17,9	9,3	2,4	0,2
	низкий и средний	1,4	0,4	4,5	12,7	5,0	1,3	0,2
	низкий и средний	1,6	0,2	4,8	7,5	4,2	1,5	0,4
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	1,6	0,2	4,8	7,5	4,2	1,5	0,4
	все	1,4	0,7	6,9	17,4	11,6	4,0	0,5
	высокий	0,7	0,6	4,1	14,2	9,3	3,4	0,3
Европейский регион	низкий и средний	1,8	0,8	7,4	18,2	12,4	4,2	0,7
	все	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
	высокий	1,1	0,8	2,8	14,2	5,3	1,1	0,2
Регион Восточного Средиземноморья	низкий и средний	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
	все	3,7	0,3	3,8	24,7	16,5	5,9	1,5
	высокий	1,8	1,1	6,6	25,0	13,3	5,4	0,8
Регион Западной части Тихого океана	низкий и средний	4,0	0,3	3,7	24,7	16,7	5,9	1,7

ТАБЛИЦА А.3

Оценка смертности в результате убийств^а по половозрастным группам, регионам ВОЗ и уровням дохода, 2000 г.

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^б		Всего ^с	Мужчины						
Регионы ВОЗ	Уровень дохода		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	520	401	18	13	155	120	60	35
	высокий	26	19	1	<1	8	6	3	1
	низкий и средний	494	382	18	13	147	114	57	34
Африканский регион ^д	низкий и средний	116	82	10	4	30	19	10	9
	все	159	142	1	2	72	44	17	7
Американский регион	высокий	19	15	<1	<1	7	4	2	1
	низкий и средний	140	128	1	2	65	39	15	6
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	78	54	3	4	13	14	11	9
Европейский регион	все	78	58	<1	1	15	23	13	6
	высокий	4	3	<1	<1	1	1	1	<1
	низкий и средний	74	56	<1	<1	14	22	13	6
Регион Восточного Средиземноморья	все	31	20	2	1	8	5	2	2
Регион Западной части Тихого океана	высокий	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	30	19	2	1	8	5	2	2
Регион Западной части Тихого океана	все	59	45	1	2	17	15	6	3
	высокий	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Регион Западной части Тихого океана	низкий и средний	57	44	1	2	17	15	6	3

Количество убийств на 100 тыс. чел.

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^{с,е}	Мужчины						
			Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	8,8	13,6	5,8	2,1	19,4	18,7	14,8	13,0
	высокий	2,9	4,3	2,2	0,7	8,4	5,5	3,3	1,9
	низкий и средний	10,1	15,6	6,1	2,3	20,9	21,3	17,9	17,3
Африканский регион ^д	низкий и средний	22,2	33,4	17,9	4,0	34,1	39,6	39,6	63,3
	все	19,3	34,7	3,5	2,4	68,6	49,1	28,9	16,4
Американский регион	высокий	6,5	9,9	4,0	1,2	21,4	11,6	6,7	3,7
	низкий и средний	27,5	51,0	3,3	2,9	89,7	76,4	50,4	31,9
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	5,8	8,1	3,9	2,2	6,0	8,8	11,6	16,9
Европейский регион	все	8,4	13,0	1,7	0,8	15,1	23,5	18,1	9,3
	высокий	1,0	1,4	0,9	0,3	1,7	2,1	1,6	1,1
	низкий и средний	14,8	23,2	2,2	1,2	23,9	42,6	34,8	19,7
Регион Восточного Средиземноморья	все	7,1	9,4	5,0	2,0	11,3	11,1	9,8	13,6
	высокий	4,2	6,0	1,4	0,6	10,1	9,1	4,1	5,7
Регион Западной части Тихого океана	низкий и средний	7,2	9,4	5,1	2,0	11,3	11,1	10,0	13,7
	все	3,4	5,1	1,9	1,5	7,9	7,4	4,9	3,4
Регион Западной части Тихого океана	высокий	1,1	1,3	1,1	0,5	1,5	2,0	1,6	1,1
	низкий и средний	3,8	5,6	2,0	1,5	8,6	8,0	5,5	3,9

Доля от числа всех смертей в результате ранения

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^с	Мужчины						
			Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	10,3	11,7	6,7	4,8	17,6	14,5	10,1	6,2
	высокий	5,5	6,0	12,7	6,9	12,2	8,0	4,4	1,4
	низкий и средний	10,8	12,3	6,6	4,8	18,0	15,1	10,8	7,2
Африканский регион ^д	низкий и средний	15,4	16,0	13,6	4,6	23,7	17,9	14,5	14,9
	все	28,4	32,6	8,0	12,5	47,5	36,7	24,7	9,9
Американский регион	высокий	11,4	12,6	19,6	9,9	23,7	13,7	8,7	2,8
	низкий и средний	35,8	39,9	6,2	13,1	53,2	45,1	32,5	15,4
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	5,7	6,1	5,1	4,6	5,3	6,8	7,3	6,6
Европейский регион	все	9,5	9,6	4,2	3,1	11,7	12,8	9,1	4,8
	высокий	2,2	2,3	8,1	3,9	3,0	3,8	2,6	0,9
	низкий и средний	11,7	11,4	3,7	3,0	13,6	14,3	10,3	7,1

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^b								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	119	14	12	33	27	18	15
	высокий	7	<1	<1	2	2	1	1
	низкий и средний	112	14	11	32	25	17	14
Африканский регион ^d	низкий и средний	34	7	2	12	7	4	2
	все	17	1	1	7	5	2	1
Американский регион	высокий	5	<1	<1	1	2	1	<1
	низкий и средний	12	1	1	5	4	1	1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	24	3	4	3	4	5	4
Европейский регион	все	20	<1	<1	4	6	4	5
	высокий	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	18	<1	<1	4	5	4	5
Регион Восточного Средиземноморья	все	11	2	2	4	2	1	1
	высокий	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Регион Западной части Тихого океана	низкий и средний	11	2	2	3	2	1	1
	все	14	1	1	4	4	2	2
Тихого океана	высокий	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	13	1	1	4	4	2	1

Количество убийств на 100 тыс. чел.								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	4,0	4,8	2,0	4,4	4,3	4,5	4,5
	высокий	1,5	1,8	0,5	2,0	2,1	1,2	1,0
	низкий и средний	4,6	5,1	2,1	4,7	4,7	5,4	6,1
Африканский регион ^d	низкий и средний	11,8	12,7	2,9	14,1	13,8	14,6	11,8
Американский регион	все	4,0	2,6	1,2	6,4	5,7	3,3	2,6
	высокий	3,0	3,2	1,0	4,4	4,2	2,2	1,7
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	4,8	2,3	1,3	7,3	6,6	4,3	3,8
	низкий и средний	3,5	3,5	2,6	1,6	2,5	5,7	7,3
Европейский регион	все	3,9	1,2	0,7	4,0	5,7	5,6	5,3
	высокий	0,6	0,7	0,2	0,7	0,8	0,7	0,7
	низкий и средний	6,8	1,6	1,0	6,1	9,9	10,1	10,3
Регион Восточного Средиземноморья	все	4,8	5,5	3,6	5,4	4,3	3,8	5,9
	высокий	1,2	0,4	0,0	1,5	1,3	1,4	2,6
Регион Западной части Тихого океана	низкий и средний	4,8	5,5	3,6	5,4	4,4	3,8	5,9
	все	1,7	2,2	1,0	1,9	2,0	1,4	1,6
Тихого океана	высокий	0,8	1,3	0,4	0,8	1,1	0,8	0,8
	низкий и средний	1,8	2,3	1,0	2,0	2,1	1,6	1,9

Доля от числа всех смертей в результате ранения								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	7,2	6,4	5,6	9,4	9,5	8,8	4,1
	высокий	4,4	14,7	10,2	10,4	10,4	5,2	1,1
	низкий и средний	7,5	6,3	5,5	9,3	9,5	9,2	5,0
Африканский регион ^d	низкий и средний	14,3	11,0	5,4	23,7	19,4	16,7	8,9
Американский регион	все	13,7	8,7	11,8	25,6	23,0	12,7	3,3
	высокий	8,8	22,4	13,5	17,2	15,3	8,3	2,1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	17,4	6,5	11,4	29,3	29,6	17,0	5,0
	низкий и средний	4,9	6,4	4,6	2,6	4,3	9,5	5,4
Европейский регион	все	9,3	4,4	6,2	13,8	15,9	11,6	5,3
	высокий	2,0	8,9	6,0	4,6	5,7	3,5	0,7
	низкий и средний	12,8	3,8	6,2	16,0	18,2	13,7	9,7

ТАБЛИЦА А.3 (продолжение)

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного	все	9,0	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,4	7,0
Средиземноморья	высокий	8,3	8,7	5,6	3,0	11,4	11,8	5,0	4,7
	низкий и средний	9,1	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,5	7,0
Регион Западной части	все	4,8	5,9	1,9	3,9	10,1	8,7	4,9	1,8
Тихого океана	высокий	2,0	1,8	5,0	4,5	2,5	2,9	1,7	0,7
	низкий и средний	5,1	6,4	1,8	3,9	10,8	9,3	5,5	2,1

Доля от числа всех смертей (%)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	0,9	1,4	0,3	1,8	8,2	4,0	1,4	0,3
	высокий	0,3	0,5	1,4	3,4	8,7	2,9	0,6	0,0
	низкий и средний	1,0	1,5	0,3	1,8	8,2	4,0	1,5	0,3
Африканский регион ^d	низкий и средний	1,1	1,5	0,4	1,6	5,8	2,2	1,7	0,9
Американский регион	все	2,7	4,5	0,5	5,3	33,2	14,8	3,6	0,4
	высокий	0,7	1,1	2,2	5,5	18,1	5,3	1,0	0,1
	низкий и средний	4,4	7,0	0,4	5,2	36,4	18,5	5,3	0,7
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	0,5	0,7	0,2	1,4	2,4	1,8	0,9	0,3
Европейский регион	все	0,8	1,2	0,3	1,7	8,3	5,8	1,6	0,2
	высокий	0,1	0,1	0,7	1,6	2,0	1,2	0,3	0,0
	низкий и средний	1,3	1,8	0,3	1,7	9,8	6,9	2,1	0,3
Регион Восточного	все	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
Средиземноморья	высокий	1,0	1,4	0,5	1,7	8,6	5,0	0,7	0,2
	низкий и средний	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
Регион Западной части	все	0,5	0,7	0,2	1,9	6,0	3,1	0,7	0,1
Тихого океана	высокий	0,2	0,2	0,8	2,2	1,8	1,2	0,3	0,0
	низкий и средний	0,6	0,8	0,2	1,9	6,3	3,3	0,7	0,1

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Убийство — по классификации ВОЗ ICD-10 X85–Y09 (ICD-9 E960–E969).

^b Абсолютные числа округлены до 1000. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением.

^c Суммарный показатель для мужчин и женщин.

^d В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

^e Стандартизировано по возрасту.

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	все	8,8	5,1	10,5	12,6	11,6	9,0	5,4
	высокий	5,9	2,9	0,2	9,3	5,5	6,3	6,0
	низкий и средний	8,8	5,1	10,5	12,6	11,7	9,0	5,4
Регион Западной части Тихого океана	все	3,0	2,3	4,1	4,0	4,4	2,7	1,3
	высокий	2,4	7,4	7,6	4,6	5,6	3,0	0,8
	низкий и средний	3,0	2,2	4,0	4,0	4,4	2,7	1,4

Доля от числа всех смертей (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	0,5	0,3	1,6	1,9	1,3	0,7	0,1
	высокий	0,2	1,4	4,0	5,4	2,3	0,4	0,0
	низкий и средний	0,5	0,3	1,6	1,8	1,3	0,7	0,1
Африканский регион ^d	низкий и средний	0,7	0,3	1,1	1,6	0,8	0,9	0,2
Американский регион	все	0,6	0,5	3,3	8,3	3,5	0,7	0,1
	высокий	0,3	2,2	6,3	9,5	3,7	0,6	0,0
	низкий и средний	0,9	0,3	2,9	8,0	3,5	0,8	0,1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	0,4	0,2	1,5	0,7	0,7	0,6	0,2
Европейский регион	все	0,4	0,3	2,3	6,1	3,9	1,2	0,1
	высокий	0,1	0,6	1,9	2,1	1,1	0,2	0,0
	низкий и средний	0,7	0,2	2,4	7,1	4,8	1,6	0,2
Регион Восточного Средиземноморья	все	0,6	0,2	2,8	2,7	1,3	0,5	0,1
	высокий	0,3	0,2	0,1	3,9	1,1	0,4	0,1
	низкий и средний	0,6	0,2	2,8	2,7	1,4	0,5	0,1
Регион Западной части Тихого океана	все	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,0
	высокий	0,1	1,1	2,9	2,5	1,4	0,3	0,0
	низкий и средний	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,1

ТАБЛИЦА А.4

Оценка смертности в результате самоубийств^а по половозрастным группам, регионам ВОЗ и уровням дохода, 2000 г.

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^б									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^с	Мужчины						
			Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	815	509	0	10	124	138	115	122
	высокий	122	91	0	<1	16	25	24	25
	низкий и средний	692	418	0	10	108	113	91	96
Африканский регион ^д	низкий и средний	27	21	0	1	6	5	5	4
Американский регион	все	65	52	0	1	14	15	11	10
	высокий	36	29	0	<1	6	9	7	6
	низкий и средний	29	22	0	<1	8	6	4	4
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	168	107	0	5	37	30	21	14
Европейский регион	все	186	149	0	1	30	46	39	33
	высокий	51	38	0	<1	6	10	9	12
	низкий и средний	135	111	0	1	24	35	29	21
Регион Восточного Средиземноморья	все	24	12	0	1	5	3	2	1
	высокий	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	23	12	0	1	5	3	2	1
Регион Западной части Тихого океана	все	344	169	0	2	32	39	38	59
	высокий	35	24	0	<1	4	6	8	7
	низкий и средний	309	144	0	2	28	33	30	52

Количество самоубийств на 100 тыс. чел.

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^{с,е}	Мужчины						
			Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	14,5	18,9	0,0	1,7	15,6	21,5	28,4	44,9
	высокий	11,4	17,7	0,0	0,8	17,0	23,6	27,9	33,8
	низкий и средний	15,5	19,5	0,0	1,8	15,4	21,1	28,6	49,2
Африканский регион ^д	низкий и средний	6,7	10,6	0,0	1,4	6,4	11,2	18,1	26,6
Американский регион	все	8,1	13,2	0,0	0,7	13,7	17,1	18,7	26,0
	высокий	10,6	17,4	0,0	1,2	19,9	24,1	23,8	29,9
	низкий и средний	6,3	10,2	0,0	0,5	11,0	12,1	13,9	21,2
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	12,0	15,7	0,0	3,1	16,9	18,5	23,3	26,1
Европейский регион	все	19,1	32,2	0,0	1,8	30,2	46,7	52,3	51,3
	высокий	10,5	16,4	0,0	0,4	14,8	22,6	25,1	33,2
	низкий и средний	26,6	46,8	0,0	2,6	40,3	68,2	79,9	74,1
Регион Восточного Средиземноморья	все	5,9	6,3	0,0	0,8	7,6	7,6	8,5	10,8
	высокий	3,4	4,1	0,0	0,4	5,2	5,6	4,1	7,3
	низкий и средний	5,9	6,4	0,0	0,8	7,6	7,7	8,6	10,8
Регион Западной части Тихого океана	все	20,8	21,2	0,0	1,1	14,7	19,0	28,7	69,2
	высокий	14,3	20,9	0,0	0,7	17,1	25,8	39,7	40,7
	низкий и средний	22,3	21,8	0,0	1,2	14,4	18,2	26,7	76,2

Доля от числа всех смертей в результате ранения

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^с	Мужчины						
			Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	16,1	14,9	0,0	3,8	14,1	16,7	19,5	21,3
	высокий	25,9	28,8	0,0	7,7	24,7	34,4	37,2	24,7
	низкий и средний	15,1	13,5	0,0	3,7	13,2	15,0	17,3	20,5
Африканский регион ^д	низкий и средний	3,6	4,0	0,0	1,6	4,5	5,1	6,6	6,3
Американский регион	все	11,7	11,8	0,0	3,5	9,5	12,8	16,1	15,7
	высокий	21,5	24,9	0,0	9,6	22,1	28,5	30,9	22,8
	низкий и средний	7,4	7,0	0,0	2,1	6,5	7,1	8,9	10,2
Регион Юго-Восточной Азии ^д	низкий и средний	12,3	12,1	0,0	6,6	15,0	14,3	14,6	10,2
Европейский регион	все	22,8	24,5	0,0	6,6	23,5	25,4	26,2	26,5
	высокий	27,2	31,3	0,0	6,1	25,8	40,1	40,2	26,2
	низкий и средний	21,5	22,8	0,0	6,7	23,0	22,9	23,6	26,6

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^b								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	305	0	12	93	77	50	74
	высокий	31	0	<1	4	7	8	11
	низкий и средний	274	0	11	88	70	43	63
Африканский регион ^d	низкий и средний	7	0	1	2	2	1	1
Американский регион	все	14	0	<1	4	4	3	2
	высокий	7	0	<1	1	3	2	1
	низкий и средний	7	0	<1	3	1	1	1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	61	0	8	30	15	5	4
Европейский регион	все	37	0	<1	5	8	9	15
	высокий	13	0	<1	1	3	3	5
	низкий и средний	24	0	<1	4	5	5	10
Регион Восточного Средиземноморья	все	11	0	1	6	2	1	1
Регион Западной части Тихого океана	высокий	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	11	0	1	6	2	1	1
	все	175	0	2	46	46	31	50
Тихого океана	высокий	10	0	<1	2	2	2	4
	низкий и средний	164	0	1	45	44	29	46

Количество самоубийств на 100 тыс. чел.								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	10,6	0,0	2,0	12,2	12,4	12,6	22,1
	высокий	5,4	0,0	0,4	4,7	7,1	9,0	11,3
	низкий и средний	11,9	0,0	2,1	13,2	13,4	13,5	26,8
Африканский регион ^d	низкий и средний	3,1	0,0	0,7	1,7	4,8	4,1	7,5
Американский регион	все	3,3	0,0	0,6	4,0	4,3	5,0	4,4
	высокий	4,1	0,0	0,4	3,9	6,6	7,1	4,9
	низкий и средний	2,7	0,0	0,6	4,1	2,8	3,1	3,9
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	8,3	0,0	4,7	14,5	9,9	5,7	7,2
Европейский регион	все	6,8	0,0	0,4	5,8	8,1	11,4	15,7
	высокий	5,0	0,0	0,2	3,8	6,6	9,0	11,0
	низкий и средний	8,4	0,0	0,5	7,0	9,4	13,6	20,6
Регион Восточного Средиземноморья	все	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
Регион Западной части Тихого океана	высокий	2,1	0,0	0,1	3,2	3,5	1,7	2,0
	низкий и средний	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
	все	20,7	0,0	1,1	22,6	23,3	25,1	51,7
Тихого океана	высокий	8,0	0,0	0,5	7,6	8,9	12,0	20,2
	низкий и средний	23,2	0,0	1,1	24,3	25,0	27,7	60,9

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%)								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	18,5	0,0	5,6	26,0	27,4	24,6	19,7
	высокий	20,0	0,0	6,6	24,7	34,9	37,9	12,6
	низкий и средний	18,4	0,0	5,6	26,0	26,8	23,1	22,0
Африканский регион ^d	низкий и средний	2,8	0,0	1,2	2,9	6,7	4,6	5,6
Американский регион	все	11,2	0,0	5,6	16,1	17,6	19,3	5,6
	высокий	13,8	0,0	5,9	15,3	23,8	26,7	6,0
	низкий и средний	9,3	0,0	5,5	16,5	12,4	12,2	5,0
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	12,6	0,0	8,2	23,2	17,2	9,5	5,3
Европейский регион	все	17,9	0,0	3,7	19,9	22,5	23,6	15,8
	высокий	19,7	0,0	6,2	26,4	45,0	44,4	11,8
	низкий и средний	17,1	0,0	3,4	18,4	17,2	18,3	19,4

ТАБЛИЦА А.4 (продолжение)

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0-4 года	5-14 лет	15-29 лет	30-44 года	45-59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	все	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,2	5,6
	высокий	6,5	5,8	0,0	2,3	5,9	7,3	5,0	6,0
	низкий и средний	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,3	5,5
Регион Западной части Тихого океана	все	28,1	22,3	0,0	3,0	18,9	22,5	28,6	37,2
	высокий	31,0	31,6	0,0	6,0	29,7	38,3	42,0	24,4
	низкий и средний	27,8	21,2	0,0	2,9	18,1	21,0	26,3	40,0

Доля всех смертей (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0-4 года	5-14 лет	15-29 лет	30-44 года	45-59 лет	>60 лет
Все	все	1,5	1,7	0,0	1,4	6,6	4,6	2,6	0,9
	высокий	1,5	2,2	0,0	3,8	17,5	12,7	4,6	0,8
	низкий и средний	1,5	1,6	0,0	1,4	6,0	4,0	2,4	0,9
Африканский регион ^d	низкий и средний	0,3	0,4	0,0	0,6	1,1	0,6	0,8	0,4
Американский регион	все	1,1	1,6	0,0	1,5	6,6	5,2	2,3	0,6
	высокий	1,3	2,2	0,0	5,4	16,8	11,1	3,7	0,7
	низкий и средний	0,9	1,2	0,0	0,8	4,5	2,9	1,5	0,4
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	1,2	1,4	0,0	2,1	6,8	3,7	1,7	0,4
Европейский регион	все	1,9	3,0	0,0	3,6	16,6	11,6	4,7	1,0
	высокий	1,3	1,9	0,0	2,4	16,8	13,3	4,3	0,8
	низкий и средний	2,3	3,7	0,0	3,8	16,5	11,1	4,9	1,2
Регион Восточного Средиземноморья	все	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
	высокий	0,8	0,9	0,0	1,3	4,5	3,1	0,7	0,0
	низкий и средний	0,6	0,0	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
Регион Западной части Тихого океана	все	3,0	2,7	0,0	1,5	11,1	8,1	3,9	1,5
	высокий	2,4	3,1	0,0	3,0	20,9	15,2	7,0	1,1
	низкий и средний	3,1	2,6	0,0	1,5	10,5	7,5	3,4	1,5

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Самоубийство — по классификации ВОЗ ICD-10 X60–X84 (ICD-9 E950–E959).

^b Абсолютные цифры округлены до 1000. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением.

^c Суммарный показатель для мужчин и женщин.

^d В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

^e Стандартизировано по возрасту

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного	все	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
Средиземноморья	высокий	10,8	0,0	0,9	19,3	15,1	7,7	4,5
	низкий и средний	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
Регион Западной части	все	37,7	0,0	4,6	48,3	51,7	47,7	41,7
Тихого океана	высокий	29,7	0,0	9,4	41,7	46,5	45,1	21,9
	низкий и средний	38,3	0,0	4,5	48,5	52,0	47,9	45,7

Доля от числа всех смертей (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	1,2	0,0	1,6	5,3	3,7	1,9	0,5
	высокий	0,8	0,0	2,6	12,7	7,7	2,9	0,3
	низкий и средний	1,2	0,0	1,6	5,1	3,5	1,8	0,6
Африканский регион ^d	низкий и средний	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Американский регион	все	0,5	0,0	1,6	5,2	2,7	1,0	0,1
	высокий	0,5	0,0	2,8	8,4	5,7	1,9	0,1
	низкий и средний	0,5	0,0	1,4	4,5	1,5	0,5	0,1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	0,9	0,0	2,7	6,0	2,7	0,6	0,2
Европейский регион	все	0,8	0,0	1,4	8,9	5,5	2,4	0,4
	высокий	0,7	0,0	2,0	12,1	8,3	3,1	0,3
	низкий и средний	0,9	0,0	1,3	8,1	4,6	2,2	0,4
Регион Восточного	все	0,6	0,0	1,5	4,4	1,9	0,5	0,2
Средиземноморья	высокий	0,5	0,0	0,3	8,0	3,1	0,5	0,0
	низкий и средний	0,6	0,0	1,6	4,3	1,9	0,5	0,2
Регион Западной части	все	3,5	0,0	1,7	22,7	15,1	5,5	1,5
Тихого океана	высокий	1,6	0,0	3,7	22,5	11,9	5,0	0,8
	низкий и средний	3,7	0,0	1,7	22,8	15,3	5,6	1,6

Абсолютные цифры (в тыс. случаев) ^b								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	77	8	14	26	14	8	8
	высокий	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	77	8	14	26	14	8	8
Африканский регион ^d	низкий и средний	45	5	10	18	6	4	3
Американский регион	все	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	высокий	0	0	0	0	0	0	0
	низкий и средний	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	14	<1	1	4	4	2	3
Европейский регион	все	6	<1	1	1	3	1	<1
	высокий	<1	0	<1	0	<1	0	<1
	низкий и средний	6	<1	1	1	3	1	<1
Регион Восточного Средиземноморья	все	10	2	2	3	1	1	2
Средиземноморья	высокий	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	низкий и средний	10	2	2	3	1	1	2
	все	1	0	<1	0	<1	0	0
Регион Западной части Тихого океана	высокий	0	0	0	0	0	0	0
Тихого океана	низкий и средний	1	0	<1	0	<1	0	0

Количество смертей на 100 тыс. чел.								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	2,6	2,6	2,3	3,4	2,2	1,9	2,4
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	3,0	2,9	2,6	3,9	2,7	2,4	3,4
Африканский регион ^d	низкий и средний	14,7	9,2	11,0	20,3	12,9	13,5	17,1
Американский регион	все	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	2,2	0,6	0,9	1,8	2,5	2,6	4,8
Европейский регион	все	1,5	0,7	1,0	1,5	3,0	1,2	0,4
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	2,6	1,3	1,5	2,4	5,6	2,4	0,8
Регион Восточного Средиземноморья	все	4,9	6,6	2,8	4,8	2,0	3,0	13,7
Средиземноморья	высокий	1,0	1,6	0,6	0,9	1,3	0,9	1,5
	низкий и средний	4,9	6,7	2,8	4,8	2,1	3,0	13,8
	все	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
Регион Западной части Тихого океана	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Тихого океана	низкий и средний	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0

Доля числа всех смертей в результате ранения (%)								
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все возрасты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	4,7	3,5	6,6	7,3	5,0	3,7	2,1
	высокий	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	5,2	3,6	6,7	7,7	5,4	4,1	2,8
Африканский регион ^d	низкий и средний	18,8	8,0	20,6	34,2	18,1	15,5	12,9
Американский регион	все	0,3	0,5	0,7	0,4	0,3	0,2	0,1
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,5	0,6	0,9	0,5	0,6	0,5	0,3
Регион Юго-Восточной Азии ^d	низкий и средний	3,0	1,1	1,5	2,9	4,3	4,4	3,5
Европейский регион	все	3,1	2,6	8,5	5,1	8,3	2,6	0,4
	высокий	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	4,5	2,9	9,5	6,4	10,2	3,2	0,8

ТАБЛИЦА А.5 (продолжение)

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	все	11,5	13,4	35,6	10,1	11,2	8,0	7,0	7,9
	высокий	5,0	4,9	10,2	11,9	4,1	3,8	5,1	5,9
	низкий и средний	11,6	13,5	35,6	10,1	11,3	8,0	7,0	8,0
Регион Западной части Тихого океана	все	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,2
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0	0,2

Доля от числа всех смертей (%)									
Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Всего ^c	Мужчины						
			Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	все	0,6	0,8	0,4	4,1	3,7	1,9	0,7	0,2
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,7	0,9	0,4	4,2	3,8	2,1	0,7	0,2
Африканский регион ^d	низкий и средний	1,6	2,3	0,3	8,3	6,9	3,7	2,6	1,4
	все	0,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Американский регион	низкий и средний	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0
	низкий и средний	0,4	0,6	0,1	2,2	3,2	1,6	0,4	0,2
	все	0,4	0,6	0,8	10,8	4,4	2,2	0,6	0,1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,6	1,0	0,9	12,4	5,4	2,7	0,9	0,2
	все	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
Регион Восточного Средиземноморья	высокий	0,6	0,8	0,8	6,7	3,1	1,6	0,7	0,2
	низкий и средний	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
	все	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0
Регион Западной части Тихого океана	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0
	все	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Травмы, связанные с войной — ICD-10 Y36 (ICD-9 E990–E999).

^b Абсолютные цифры округлены до тысячи. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением.

^c Суммарный показатель для мужчин и женщин.

^d В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

^e Стандартизировано по возрасту.

Доля от числа всех смертей в результате ранения (%) (продолжение)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Регион Восточного Средиземноморья	Все	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5
	Высокий	5,6	10,6	8,2	5,6	5,4	4,0	3,4
	низкий и средний	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5
Регион Западной части Тихого океана	Все	0,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0
	Высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,1	0,0	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0

Доля от числа всех смертей (%)

Регионы ВОЗ	Уровень дохода	Женщины						
		Все воз- расты	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Все	Все	0,3	0,1	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
	высокий	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,4	0,2	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
Африканский регион ^d	низкий и средний	0,9	0,2	4,3	2,3	0,8	0,9	0,3
	все	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
Американский регион	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
	все	0,2	0,0	0,5	0,7	0,7	0,3	0,1
Регион Юго-Восточной Азии ^d	все	0,1	0,2	3,1	2,3	2,0	0,3	0,0
	высокий	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,2	0,2	3,6	2,8	2,7	0,4	0,0
Регион Восточного Средиземноморья	все	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
	высокий	0,3	0,6	2,5	2,3	1,1	0,2	0,0
	низкий и средний	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
Регион Западной части Тихого океана	все	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	высокий	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	низкий и средний	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

ТАБЛИЦА А.6

Десять ведущих причин смерти и классификация смертей в результате насилия, а также годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALYs), по регионам ВОЗ, 2000 г.

ВСЕ СТРАНЫ-ЧЛЕНЫ ВОЗ

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	12,4	1	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,4
2	Цереброваскулярные заболевания	9,2	2	Перинатальные состояния	6,2
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,9	3	ВИЧ/СПИД	6,1
4	ВИЧ/СПИД	5,3	4	Униполярная основная депрессия	4,4
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	4,5	5	Диарейные заболевания	4,2
6	Перинатальные состояния	4,4	6	Ишемическая болезнь сердца	3,8
7	Диарейные заболевания	3,8	7	Цереброваскулярные заболевания	3,1
8	Туберкулез	3,0	8	Дорожно-транспортный травматизм	2,8
9	Дорожно-транспортный травматизм	2,3	9	Малярия	2,7
10	Рак трахеи, бронхов, легких	2,2	10	Туберкулез	2,4
13	Самоубийства	1,5	17	Членовредительство	1,3
22	Преднамеренные убийства	0,9	21	Насилие	1,1
30	Война	0,6	32	Война	0,7

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	12,2	1	Перинатальные состояния	6,4
2	Цереброваскулярные заболевания	8,1	2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,4
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,0	3	ВИЧ/СПИД	5,8
4	ВИЧ/СПИД	5,0	4	Диарейные заболевания	4,2
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	4,6	5	Ишемическая болезнь сердца	4,2
6	Перинатальные состояния	4,4	6	Дорожно-транспортный травматизм	4,0
7	Диарейные заболевания	4,0	7	Униполярная основная депрессия	3,4
8	Туберкулез	3,5	8	Цереброваскулярные заболевания	3,0
9	Дорожно-транспортный травматизм	3,1	9	Туберкулез	2,9
10	Рак трахеи, бронхов, легких	3,0	10	Малярия	2,5
13	Самоубийства	1,7	16	Насилие	1,6
17	Преднамеренные убийства	1,4	19	Членовредительство	1,5
27	Война	0,8	26	Война	1,0

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	12,6	1	ВИЧ/СПИД	6,5
2	Цереброваскулярные заболевания	10,4	2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,4
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,9	3	Перинатальные состояния	6,0
4	ВИЧ/СПИД	5,6	4	Униполярная основная депрессия	5,5
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	4,4	5	Диарейные заболевания	4,2
6	Перинатальные состояния	4,4	6	Ишемическая болезнь сердца	3,4
7	Диарейные заболевания	3,6	7	Цереброваскулярные заболевания	3,2
8	Туберкулез	2,4	8	Малярия	3,0
9	Малярия	2,1	9	Врожденные уродства	2,2
10	Гипертоническая болезнь сердца	1,9	10	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,1
17	Самоубийства	1,2	18	Членовредительство	1,1
37	Преднамеренные убийства	0,5	43	Насилие	0,5
46	Война	0,3	49	Война	0,4

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

ВСЕ СТРАНЫ-ЧЛЕНЫ ВОЗ (продолжение)

Страны с высоким уровнем доходов

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	17,9
2	Цереброваскулярные заболевания	10,7
3	Рак трахеи, бронхов, легких	5,6
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,7
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,5
6	Рак прямой кишки и ректума	3,2
7	Сахарный диабет	2,3
8	Рак желудка	2,0
9	Рак молочных желез	2,0
10	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1,8
13	Самоубийства	1,5
35	Преднамеренные убийства	0,3
61	Война	0,0

Страны с низким и средним уровнем доходов

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	11,5
2	Цереброваскулярные заболевания	8,9
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,3
4	ВИЧ/СПИД	6,1
5	Перинатальные состояния	5,1
6	Хроническое обструктивное заболевание легких	4,7
7	Диарейные заболевания	4,4
8	Туберкулез	3,4
9	Дорожно-транспортный травматизм	2,4
10	Малярия	2,3
14	Самоубийства	1,5
21	Преднамеренные убийства	1,0
27	Война	0,7

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Униполярная основная депрессия	8,8
2	Ишемическая болезнь сердца	6,7
3	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	5,4
4	Цереброваскулярные заболевания	4,9
5	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	4,3
6	Дорожно-транспортный травматизм	3,1
7	Рак трахеи, бронхов, легких	3,0
8	Остеoarтит	2,7
9	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,5
10	Потеря слуха у взрослых	2,5
12	Членовредительство	2,0
31	Насилие	0,7
88	Война	0,0

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	6,8
2	Перинатальные состояния	6,7
3	ВИЧ/СПИД	6,6
4	Менингит	4,6
5	Диарейные заболевания	4,6
6	Униполярная основная депрессия	4,0
7	Ишемическая болезнь сердца	3,5
8	Малярия	3,0
9	Цереброваскулярные заболевания	2,9
10	Дорожно-транспортный травматизм	2,8
19	Членовредительство	1,2
21	Насилие	1,1
31	Война	0,8

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

АФРИКАНСКИЙ РЕГИОН

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	ВИЧ/СПИД	22,6
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	10,1
3	Малярия	9,1
4	Диарейные заболевания	6,7
5	Перинатальные состояния	5,5
6	Корь	4,3
7	Туберкулез	3,6
8	Ишемическая болезнь сердца	3,1
9	Цереброваскулярные заболевания	2,9
10	Дорожно-транспортный травматизм	1,6
11	Война	1,6
14	Преднамеренные убийства	1,1
42	Самоубийства	0,3

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	ВИЧ/СПИД	20,9
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	11,2
3	Малярия	8,4
4	Диарейные заболевания	7,2
5	Перинатальные состояния	6,1
6	Туберкулез	4,8
7	Корь	4,2
8	Ишемическая болезнь сердца	2,9
9	Война	2,3
10	Цереброваскулярные заболевания	2,1
13	Преднамеренные убийства	1,5
28	Самоубийства	0,4

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	ВИЧ/СПИД	24,4
2	Малярия	9,9
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,9
4	Диарейные заболевания	6,1
5	Перинатальные состояния	4,8
6	Корь	4,4
7	Цереброваскулярные заболевания	3,7
8	Ишемическая болезнь сердца	3,3
9	Туберкулез	2,4
10	Коклюш	1,6
17	Война	0,9
22	Преднамеренные убийства	0,7
53	Самоубийства	0,1

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	ВИЧ/СПИД	20,6
2	Малярия	10,1
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,6
4	Перинатальные состояния	6,3
5	Диарейные заболевания	6,1
6	Корь	4,5
7	Туберкулез	2,8
8	Коклюш	1,8
9	Дорожно-транспортный травматизм	1,6
10	Белково-калорийная недостаточность	1,6
11	Война	1,6
15	Насилие	1,0
58	Членовредительство	0,2

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	ВИЧ/СПИД	18,7
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,6
3	Малярия	9,5
4	Перинатальные состояния	7,2
5	Диарейные заболевания	6,7
6	Корь	4,5
7	Туберкулез	3,6
8	Дорожно-транспортный травматизм	2,1
9	Война	2,1
10	Коклюш	1,8
12	Насилие	1,4
44	Членовредительство	0,3

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	ВИЧ/СПИД	22,4
2	Малярия	10,7
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,6
4	Диарейные заболевания	5,5
5	Перинатальные состояния	5,4
6	Корь	4,5
7	Туберкулез	1,9
8	Коклюш	1,9
9	Белково-калорийная недостаточность	1,5
10	Униполярная основная депрессия	1,4
18	Война	1,0
25	Насилие	0,7
69	Членовредительство	0,1

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

АФРИКАНСКИЙ РЕГИОН^а (продолжение)

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	ВИЧ/СПИД	22,6	1	ВИЧ/СПИД	20,6
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	10,1	2	Малярия	10,1
3	Малярия	9,1	3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,6
4	Диарейные заболевания	6,7	4	Перинатальные состояния	6,3
5	Перинатальные состояния	5,5	5	Диарейные заболевания	6,1
6	Корь	4,3	6	Корь	4,5
7	Туберкулез	3,6	7	Туберкулез	2,8
8	Ишемическая болезнь сердца	3,1	8	Коклюш	1,8
9	Цереброваскулярные заболевания	2,9	9	Дорожно-транспортный травматизм	1,6
10	Дорожно-транспортный травматизм	1,6	10	Белково-калорийная недостаточность	1,6
11	Война	1,6	11	Война	1,6
14	Преднамеренные убийства	1,1	15	Насилие	1,0
42	Самоубийства	0,3	58	Членовредительство	0,2

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^а В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

АМЕРИКАНСКИЙ РЕГИОН

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	15,6
2	Цереброваскулярные заболевания	7,7
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,4
4	Рак трахеи, бронхов, легких	3,9
5	Сахарный диабет	3,7
6	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,5
7	Преднамеренные убийства	2,7
8	Перинатальные состояния	2,6
9	Дорожно-транспортный травматизм	2,4
10	Гипертоническая болезнь сердца	2,3
21	Самоубийства	1,1
62	Война	0,0

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	15,5
2	Цереброваскулярные заболевания	6,5
3	Рак трахеи, бронхов, легких	4,6
4	Преднамеренные убийства	4,5
5	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,1
6	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,6
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,3
8	Сахарный диабет	3,1
9	Перинатальные состояния	2,8
10	Цирроз печени	2,4
15	Самоубийства	1,6
51	Война	0,1

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	15,7
2	Цереброваскулярные заболевания	9,1
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,7
4	Сахарный диабет	4,5
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,4
6	Рак трахеи, бронхов, легких	3,2
7	Рак молочных желез	3,2
8	Гипертоническая болезнь сердца	2,7
9	Перинатальные состояния	2,3
10	Рак прямой кишки и ректума	2,0
30	Преднамеренные убийства	0,6
32	Самоубийства	0,5
66	Война	0,3

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Униполярная основная депрессия	8,1
2	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	4,4
3	Ишемическая болезнь сердца	4,4
4	Перинатальные состояния	3,9
5	Насилие	3,8
6	Цереброваскулярные заболевания	3,3
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,2
8	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,7
9	Врожденные уродства	2,6
10	Потеря слуха у взрослых	2,6
26	Членовредительство	1,1
86	Война	0,0

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	6,6
2	Насилие	6,2
3	Униполярная основная депрессия	5,5
4	Ишемическая болезнь сердца	4,9
5	Дорожно-транспортный травматизм	4,5
6	Перинатальные состояния	4,1
7	Цереброваскулярные заболевания	2,8
8	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,7
9	Потеря слуха у взрослых	2,6
10	Врожденные уродства	2,5
19	Членовредительство	1,5
73	Война	0,1

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Униполярная основная депрессия	11,2
2	Ишемическая болезнь сердца	3,8
3	Цереброваскулярные заболевания	3,8
4	Перинатальные состояния	3,7
5	Сахарный диабет	2,8
6	Врожденные уродства	2,8
7	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,7
8	Потеря слуха у взрослых	2,6
9	Диарейные заболевания	2,0
10	Анемия	2,0
27	Насилие	0,9
42	Членовредительство	0,6
87	Война	0,0

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

АМЕРИКАНСКИЙ РЕГИОН (продолжение)

Страны с высоким уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	20,8	1	Униполярная основная депрессия	11,0
2	Цереброваскулярные заболевания	7,0	2	Ишемическая болезнь сердца	7,1
3	Рак трахеи, бронхов, легких	6,6	3	Расстройства, связанные с алкоголем	6,7
4	Хроническое обструктивное заболевание легких	4,5	4	Цереброваскулярные заболевания	3,4
5	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,0	5	Дорожно-транспортный травматизм	3,3
6	Рак прямой кишки и ректума	2,8	6	Рак трахеи, бронхов, легких	3,2
7	Сахарный диабет	2,8	7	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	3,1
8	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	2,2	8	Сахарный диабет	2,8
9	Рак молочных желез	2,0	9	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,8
10	Гипертоническая болезнь сердца	1,8	10	Потеря слуха у взрослых	2,6
14	Самоубийства	1,3	12	Членовредительство	1,7
22	Преднамеренные убийства	0,7	18	Насилие	1,4
66	Война	0,0	87	Война	0,0

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	11,2	1	Униполярная основная депрессия	6,7
2	Цереброваскулярные заболевания	8,2	2	Перинатальные состояния	5,1
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,7	3	Насилие	4,8
4	Сахарный диабет	4,5	4	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	3,4
5	Преднамеренные убийства	4,4	5	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	3,4
6	Перинатальные состояния	4,2	6	Дорожно-транспортный травматизм	3,2
7	Дорожно-транспортный травматизм	2,9	7	Цереброваскулярные заболевания	3,2
8	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,7	8	Врожденные уродства	3,1
9	Гипертоническая болезнь сердца	2,6	9	Ишемическая болезнь сердца	3,1
10	Диарейные заболевания	2,4	10	Диарейные заболевания	2,8
24	Самоубийства	0,9	30	Членовредительство	0,8
60	Война	0,1	82	Война	0,1

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	13,7
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,5
3	Перинатальные состояния	7,1
4	Диарейные заболевания	6,7
5	Цереброваскулярные заболевания	5,7
6	Туберкулез	4,8
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,1
8	ВИЧ/СПИД	2,6
9	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,2
10	Врожденные уродства	1,9
16	Самоубийства	1,2
28	Преднамеренные убийства	0,5
34	Война	0,4

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Перинатальные состояния	8,9
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,4
3	Диарейные заболевания	5,5
4	Униполярная основная депрессия	4,7
5	Ишемическая болезнь сердца	4,4
6	Туберкулез	3,5
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,3
8	Врожденные уродства	3,0
9	ВИЧ/СПИД	2,7
10	Анемия	2,3
19	Членовредительство	1,2
38	Насилие	0,5
41	Война	0,5

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	13,6
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,8
3	Диарейные заболевания	7,1
4	Перинатальные состояния	6,8
5	Цереброваскулярные заболевания	5,3
6	Туберкулез	5,1
7	Дорожно-транспортный травматизм	4,3
8	ВИЧ/СПИД	3,1
9	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,1
10	Цирроз печени	1,9
14	Самоубийства	1,4
22	Преднамеренные убийства	0,7
25	Война	0,6

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Перинатальные состояния	9,0
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,2
3	Диарейные заболевания	5,4
4	Дорожно-транспортный травматизм	5,0
5	Ишемическая болезнь сердца	4,8
6	Туберкулез	4,0
7	Униполярная основная депрессия	3,7
8	ВИЧ/СПИД	3,3
9	Врожденные уродства	3,1
10	Потеря слуха у взрослых	2,1
17	Членовредительство	1,3
27	Война	0,8
32	Насилие	0,7

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	13,9
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,0
3	Перинатальные состояния	7,5
4	Диарейные заболевания	6,3
5	Цереброваскулярные заболевания	6,2
6	Туберкулез	4,3
7	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,3
8	Врожденные уродства	2,0
9	ВИЧ/СПИД	2,0
10	Рак шейки матки	1,8
20	Самоубийства	0,9
37	Преднамеренные убийства	0,4
48	Война	0,2

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Перинатальные состояния	8,7
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,6
3	Униполярная основная депрессия	5,7
4	Диарейные заболевания	5,6
5	Ишемическая болезнь сердца	4,1
6	Туберкулез	3,1
7	Врожденные уродства	2,9
8	Анемия	2,7
9	Цереброваскулярные заболевания	2,1
10	ВИЧ/СПИД	2,1
25	Членовредительство	1,0
51	Насилие	0,3
63	Война	0,2

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ^а (продолжение)

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	13,7	1	Перинатальные состояния	8,9
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,5	2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,4
3	Перинатальные состояния	7,1	3	Диарейные заболевания	5,5
4	Диарейные заболевания	6,7	4	Униполярная основная депрессия	4,7
5	Цереброваскулярные заболевания	5,7	5	Ишемическая болезнь сердца	4,4
6	Туберкулез	4,8	6	Туберкулез	3,5
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,1	7	Дорожно-транспортный травматизм	3,3
8	ВИЧ/СПИД	2,6	8	Врожденные уродства	3,0
9	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,2	9	ВИЧ/СПИД	2,7
10	Врожденные уродства	1,9	10	Анемия	2,3
16	Самоубийства	1,2	19	Членовредительство	1,2
28	Преднамеренные убийства	0,5	38	Насилие	0,5
34	Война	0,4	41	Война	0,5

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^а В данном регионе нет стран с высоким уровнем дохода.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	24,3
2	Цереброваскулярные заболевания	15,4
3	Рак трахеи, бронхов, легких	3,9
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	3,0
5	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,8
6	Рак прямой кишки и ректума	2,5
7	Самоубийства	1,9
8	Рак желудка	1,9
9	Цирроз печени	1,8
10	Гипертоническая болезнь сердца	1,6
18	Преднамеренные убийства	0,8
34	Война	0,4

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	23,4
2	Цереброваскулярные заболевания	11,6
3	Рак трахеи, бронхов, легких	6,0
4	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,6
5	Самоубийства	3,0
6	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	3,0
7	Рак прямой кишки и ректума	2,4
8	Рак желудка	2,2
9	Цирроз печени	2,2
10	Рак простаты	1,9
14	Преднамеренные убийства	1,2
29	Война	0,6

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	25,2
2	Цереброваскулярные заболевания	19,3
3	Рак молочных желез	3,3
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	3,1
5	Рак прямой кишки и ректума	2,5
6	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,0
7	Гипертоническая болезнь сердца	2,0
8	Сахарный диабет	1,8
9	Рак желудка	1,6
10	Рак трахеи, бронхов, легких	1,6
16	Самоубийства	0,8
28	Преднамеренные убийства	0,4
44	Война	0,1

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	10,1
2	Цереброваскулярные заболевания	6,8
3	Униполярная основная депрессия	6,0
4	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	3,4
5	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	3,0
6	Рак прямой кишки и ректума	2,6
7	Дорожно-транспортный травматизм	2,5
8	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,4
9	Потеря слуха у взрослых	2,3
10	Рак трахеи, бронхов, легких	2,2
18	Насилие	1,4
33	Война	0,7

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	11,0
2	Цереброваскулярные заболевания	5,6
3	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	5,1
4	Униполярная основная депрессия	4,0
5	Членовредительство	3,7
6	Дорожно-транспортный травматизм	3,4
7	Рак трахеи, бронхов, легких	3,2
8	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,6
9	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,5
10	Отравление	2,1
15	Насилие	1,9
26	Война	1,0

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	9,0
2	Униполярная основная депрессия	8,6
3	Цереброваскулярные заболевания	8,3
4	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	4,2
5	Остеоартрит	2,9
6	Рак молочных желез	2,8
7	Потеря слуха у взрослых	2,5
8	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,3
9	Сахарный диабет	2,0
10	Перинатальные состояния	1,8
21	Членовредительство	1,1
34	Насилие	0,7
58	Война	0,3

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН (продолжение)

Страны с высоким уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	18,4	1	Униполярная основная депрессия	7,9
2	Цереброваскулярные заболевания	11,3	2	Ишемическая болезнь сердца	7,5
3	Рак трахеи, бронхов, легких	5,1	3	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	6,1
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,1	4	Расстройства, связанные с алкоголем	5,3
5	Рак прямой кишки и ректума	3,4	5	Цереброваскулярные заболевания	5,1
6	Хроническое обструктивное заболевание легких	3,4	6	Рак трахеи, бронхов, легких	3,1
7	Рак молочных желез	2,3	7	Остеоартрит	2,9
8	Сахарный диабет	2,1	8	Дорожно-транспортный травматизм	2,7
9	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1,9	9	Потеря слуха у взрослых	2,5
10	Рак простаты	1,8	10	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,4
15	Самоубийства	1,3	14	Членовредительство	1,9
44	Преднамеренные убийства	0,1	53	Насилие	0,2
68	Война	0,0	86	Война	0,0

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	28,3	1	Ишемическая болезнь сердца	11,4
2	Цереброваскулярные заболевания	18,1	2	Цереброваскулярные заболевания	7,7
3	Рак трахеи, бронхов, легких	3,1	3	Униполярная основная депрессия	5,1
4	Хроническое обструктивное заболевание легких	2,4	4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	3,0
5	Самоубийства	2,3	5	Членовредительство	2,9
6	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,3	6	Расстройства, связанные с алкоголем	2,5
7	Рак желудка	2,1	7	Перинатальные состояния	2,4
8	Цирроз печени	1,8	8	Дорожно-транспортный травматизм	2,3
9	Отравление	1,8	9	Потеря слуха у взрослых	2,2
10	Рак прямой кишки и ректума	1,8	10	Отравление	2,1
13	Преднамеренные убийства	1,3	12	Насилие	1,9
21	Война	0,6	24	Война	1,0

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Версия 1.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	10,5
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,1
3	Перинатальные состояния	7,5
4	Диарейные заболевания	7,1
5	Цереброваскулярные заболевания	5,3
6	Туберкулез	3,4
7	Дорожно-транспортный травматизм	2,3
8	Врожденные уродства	2,2
9	Корь	2,0
10	Гипертоническая болезнь сердца	1,8
18	Война	1,0
21	Преднамеренные убийства	0,8
25	Самоубийства	0,6

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Перинатальные состояния	8,4
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,4
3	Диарейные заболевания	6,9
4	Униполярная основная депрессия	3,5
5	Врожденные уродства	3,3
6	Ишемическая болезнь сердца	3,1
7	Дорожно-транспортный травматизм	2,5
8	Туберкулез	2,2
9	Корь	2,2
10	Цереброваскулярные заболевания	2,0
20	Война	1,0
29	Насилие	0,7
34	Членовредительство	0,5

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Ишемическая болезнь сердца	11,7
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,6
3	Перинатальные состояния	7,6
4	Диарейные заболевания	6,7
5	Цереброваскулярные заболевания	5,0
6	Туберкулез	4,3
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,2
8	Врожденные уродства	2,1
9	Корь	1,9
10	Нефрит и нефроз	1,8
15	Война	1,3
21	Преднамеренные убийства	0,9
26	Самоубийства	0,6

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Перинатальные состояния	8,9
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,3
3	Диарейные заболевания	6,7
4	Дорожно-транспортный травматизм	3,7
5	Ишемическая болезнь сердца	3,6
6	Врожденные уродства	3,3
7	Туберкулез	2,8
8	Униполярная основная депрессия	2,8
9	Корь	2,1
10	Цереброваскулярные заболевания	2,0
15	Война	1,5
25	Насилие	0,9
37	Членовредительство	0,5

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,6
2	Ишемическая болезнь сердца	9,2
3	Диарейные заболевания	7,5
4	Перинатальные состояния	7,4
5	Цереброваскулярные заболевания	5,7
6	Туберкулез	2,3
7	Врожденные уродства	2,2
8	Корь	2,1
9	Гипертоническая болезнь сердца	2,0
10	Сахарный диабет	1,7
26	Самоубийства	0,6
27	Преднамеренные убийства	0,6
29	Война	0,5

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,4
2	Перинатальные состояния	7,9
3	Диарейные заболевания	7,1
4	Униполярная основная депрессия	4,2
5	Врожденные уродства	3,2
6	Ишемическая болезнь сердца	2,6
7	Анемия	2,3
8	Корь	2,2
9	Цереброваскулярные заболевания	2,0
10	Коклюш	1,7
36	Членовредительство	0,6
39	Война	0,6
40	Насилие	0,5

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ (продолжение)

Страны с высоким уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	20,7	1	Ишемическая болезнь сердца	7,5
2	Цереброваскулярные заболевания	11,3	2	Дорожно-транспортный травматизм	7,2
3	Дорожно-транспортный травматизм	6,3	3	Униполярная основная депрессия	6,9
4	Гипертоническая болезнь сердца	4,2	4	Потеря слуха у взрослых	5,5
5	Рак трахеи, бронхов, легких	3,1	5	Цереброваскулярные заболевания	3,4
6	Нефрит и нефроз	2,3	6	Врожденные уродства	3,1
7	Сахарный диабет	2,3	7	Анемия	2,7
8	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	2,2	8	Сахарный диабет	2,5
9	Врожденные уродства	1,8	9	Расстройства, связанные с употреблением наркотиков	2,3
10	Хроническое обструктивное заболевание легких	1,6	10	Падения	2,3
16	Преднамеренные убийства	1,0	22	Насилие	1,0
22	Самоубийства	0,8	31	Членовредительство	0,7
27	Война	0,6	35	Война	0,6

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Ишемическая болезнь сердца	10,4	1	Перинатальные состояния	8,5
2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	9,1	2	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	8,4
3	Перинатальные состояния	7,6	3	Диарейные заболевания	6,9
4	Диарейные заболевания	7,1	4	Униполярная основная депрессия	3,5
5	Цереброваскулярные заболевания	5,3	5	Врожденные уродства	3,3
6	Туберкулез	3,4	6	Ишемическая болезнь сердца	3,1
7	Дорожно-транспортный травматизм	2,2	7	Дорожно-транспортный травматизм	2,5
8	Врожденные уродства	2,2	8	Туберкулез	2,2
9	Корь	2,0	9	Корь	2,2
10	Гипертоническая болезнь сердца	1,8	10	Цереброваскулярные заболевания	2,0
18	Война	1,0	20	Война	1,0
20	Преднамеренные убийства	0,8	29	Насилие	0,7
26	Самоубийства	0,6	34	Членовредительство	0,5

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА

Всего

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Цереброваскулярные заболевания	16,2
2	Хроническое обструктивное заболевание легких	13,8
3	Ишемическая болезнь сердца	8,2
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,7
5	Рак трахеи, бронхов, легких	3,5
6	Рак печени	3,5
7	Рак желудка	3,2
8	Самоубийства	3,0
9	Туберкулез	3,0
10	Перинатальные состояния	2,8
27	Преднамеренные убийства	0,5
66	Война	0,0

Мужчины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Цереброваскулярные заболевания	15,8
2	Хроническое обструктивное заболевание легких	13,1
3	Ишемическая болезнь сердца	8,3
4	Рак печени	4,5
5	Рак трахеи, бронхов, легких	4,5
6	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,0
7	Рак желудка	3,8
8	Дорожно-транспортный травматизм	3,4
9	Туберкулез	3,3
10	Самоубийства	2,7
23	Преднамеренные убийства	0,7
56	Война	0,0

Женщины

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей		
1	Цереброваскулярные заболевания	16,6
2	Хроническое обструктивное заболевание легких	14,6
3	Ишемическая болезнь сердца	8,1
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	5,6
5	Самоубийства	3,5
6	Перинатальные состояния	3,2
7	Гипертоническая болезнь сердца	2,8
8	Туберкулез	2,7
9	Рак желудка	2,5
10	Рак трахеи, бронхов, легких	2,3
39	Преднамеренные убийства	0,3
67	Война	0,0

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Хроническое обструктивное заболевание легких	7,3
2	Цереброваскулярные заболевания	5,8
3	Униполярная основная депрессия	5,8
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	5,2
5	Перинатальные состояния	4,6
6	Дорожно-транспортный травматизм	3,7
7	Анемия	3,2
8	Ишемическая болезнь сердца	3,0
9	Членовредительство	2,8
10	Падения	2,6
33	Насилие	0,7
85	Война	0,1

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Хроническое обструктивное заболевание легких	7,3
2	Цереброваскулярные заболевания	6,1
3	Дорожно-транспортный травматизм	4,9
4	Униполярная основная депрессия	4,8
5	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,6
6	Перинатальные состояния	4,3
7	Ишемическая болезнь сердца	3,2
8	Анемия	3,1
9	Падения	2,8
10	Рак печени	2,7
13	Членовредительство	2,3
27	Насилие	0,9
75	Война	0,1

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По DALYs		
1	Хроническое обструктивное заболевание легких	7,2
2	Униполярная основная депрессия	7,1
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	5,9
4	Цереброваскулярные заболевания	5,5
5	Перинатальные состояния	4,9
6	Членовредительство	3,5
7	Анемия	3,3
8	Ишемическая болезнь сердца	2,6
9	Остеoarтит	2,5
10	Врожденные уродства	2,4
51	Насилие	0,4
86	Война	0,0

ТАБЛИЦА А.6 (продолжение)

РЕГИОН ЗАПАДНОЙ ЧАСТИ ТИХОГО ОКЕАНА (продолжение)

Страны с высоким уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Цереброваскулярные заболевания	15,7	1	Цереброваскулярные заболевания	7,6
2	Ишемическая болезнь сердца	10,8	2	Униполярная основная депрессия	6,4
3	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	7,4	3	Ишемическая болезнь сердца	4,2
4	Рак трахеи, бронхов, легких	5,3	4	Остеоартрит	3,4
5	Рак желудка	5,1	5	Дорожно-транспортный травматизм	3,4
6	Рак прямой кишки и ректума	3,4	6	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	3,1
7	Рак печени	3,3	7	Членовредительство	2,9
8	Самоубийства	2,4	8	Рак желудка	2,7
9	Дорожно-транспортный травматизм	2,2	9	Сахарный диабет	2,7
10	Сахарный диабет	2,1	10	Рак трахеи, бронхов, легких	2,6
43	Преднамеренные убийства	0,2	52	Насилие	0,3
— ^a	Война	— ^a	— ^a	Война	— ^a

Страны с низким и средним уровнем дохода

Место	Причина	Доля от всех болезней (%)	Место	Причина	Доля от всех болезней (%)
По числу смертей			По DALYs		
1	Цереброваскулярные заболевания	16,2	1	Хроническое обструктивное заболевание легких	7,7
2	Хроническое обструктивное заболевание легких	15,5	2	Униполярная основная депрессия	5,8
3	Ишемическая болезнь сердца	7,8	3	Цереброваскулярные заболевания	5,7
4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	4,4	4	Острые респираторные инфекции нижнего дыхательного тракта	5,5
5	Рак печени	3,5	5	Перинатальные состояния	5,0
6	Туберкулез	3,3	6	Дорожно-транспортный травматизм	3,7
7	Рак трахеи, бронхов, легких	3,3	7	Анемия	3,3
8	Перинатальные состояния	3,2	8	Ишемическая болезнь сердца	2,8
9	Самоубийства	3,1	9	Членовредительство	2,8
10	Рак желудка	3,0	10	Падения	2,6
26	Преднамеренные убийства	6,0	32	Насилие	0,7
64	Война	0,0	83	Война	0,1

Источник: WHO Global Burden of Disease project for 2000, Version 1.

^a Смерти или ранения, связанные с войной, не регистрируются.

ТАБЛИЦА А.7

Смертность в результате преднамеренных травм^а по половозрастным группам и странам, за последний год, по которому имеется информация (в интервале 1990-2000^б г.)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Всего ^{д,е}	Мужчины						
				Все возрасты ^д	0-4 года	5-14 лет	15-29 лет	30-44 года	45-59 лет	>60 лет
Албания	1998	Количество	846	689	4	16	333	193	103	39
		Уровень	26,7	46,4	—	—	93,1	53,2	45,9	27,8
Аргентина	1996	Количество	3980	3145	37	85	936	720	689	678
		Уровень	11,4	19,0	2,1	1,7	21,0	21,9	28,5	34,1
Армения	1999	Количество	167	128	2	3	29	45	27	22
		Уровень	4,3	6,9	—	—	5,9	10,4	12,0	10,3
Австралия	1998	Количество	2954	2325	9	23	727	803	435	328
		Уровень	14,9	23,6	—	1,1	34,6	37,4	25,7	24,0
Австрия	1999	Количество	1629	1161	3	7	174	304	279	394
		Уровень	16,3	25,0	—	—	22,1	29,6	36,7	60,4
Азербайджан	1999	Количество	430	367	0	10	185	107	41	24
		Уровень	5,8	10,0	—	—	17,5	12,6	10,9	8,3
Багамские Острова	1995-1997	Количество	47	40	1	2	21	11	3	2
		Уровень	16,0	28,4	—	—	50,4	—	—	—
Барбадос	1993-1995	Количество	36	28	0	0	11	9	4	3
		Уровень	14,0	22,1	—	—	—	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	4537	3664	3	27	755	1226	968	685
		Уровень	41,4	72,5	—	2,7	67,6	105,9	125,6	101,5
Бельгия	1995	Количество	2330	1653	3	14	276	505	395	460
		Уровень	19,5	28,9	—	—	26,6	42,7	44,4	50,4
Бразилия	1995	Количество	43 866	39 046	99	573	20 183	12 011	4344	1835
		Уровень	27,7	50,2	1,2	2,2	89,1	71,9	49,5	35,8
Болгария	1999	Количество	1550	1143	4	12	156	227	293	451
		Уровень	14,9	23,5	—	—	17,0	27,2	37,0	57,9
Канада	1997	Количество	4145	3222	14	65	784	1091	758	510
		Уровень	12,8	20,1	—	2,1	24,8	28,4	28,7	23,8
Чили	1994	Количество	1226	1070	10	16	365	329	191	159
		Уровень	9,0	16,5	—	—	19,7	21,5	22,2	28,1
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	863	548	5	14	105	181	103	141
		Уровень	12,3	15,9	—	—	15,0	19,8	20,0	33,6
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	19 276	9719	16	143	1766	2702	1944	3148
		Уровень	15,5	15,9	—	1,1	10,1	17,2	20,7	47,7
Колумбия	1995	Количество	24 728	22 685	56	310	12 169	7272	2141	737
		Уровень	65,1	122,4	2,3	4,6	220,5	191,3	116,5	65,1
Коста-Рика	1995	Количество	394	330	3	9	124	124	50	21
		Уровень	12,0	20,1	—	—	24,9	32,9	27,0	18,3
Хорватия	1999	Количество	1134	825	1	8	131	207	197	281
		Уровень	21,4	34,8	—	—	27,1	39,6	49,8	86,2
Куба	1997	Количество	2819	2024	7	17	511	581	375	533
		Уровень	23,5	33,9	—	—	35,7	44,4	42,7	78,0
Чешская Республика	1999	Количество	1769	1386	3	7	245	335	426	370
		Уровень	14,4	24,1	—	—	19,9	31,8	39,6	49,1
Дания	1996	Количество	955	670	2	4	92	178	184	210
		Уровень	14,8	21,6	—	—	16,7	29,9	34,6	47,1
Эквадор	1996	Количество	2242	1905	5	34	872	643	234	117
		Уровень	20,8	36,0	—	1,6	50,7	58,5	41,5	32,6
Сальвадор	1991	Количество	2776	2491	2	31	1464	552	250	192
		Уровень	61,9	119,2	—	2,9	204,9	143,2	106,3	125,2
Эстония	1999	Количество	701	546	2	4	102	156	167	115
		Уровень	42,9	74,0	—	—	63,6	101,8	138,7	112,8
Финляндия	1998	Количество	1355	1053	1	5	188	334	312	213
		Уровень	23,3	37,3	—	—	38,1	57,3	57,2	52,8

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Мужчины						
			Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Албания	1998	Количество	156	5	10	76	39	16	11
		Уровень	9,1	—	—	17,4	10,8	—	—
Аргентина	1996	Количество	835	35	60	214	176	160	190
		Уровень	4,4	2,1	1,2	4,9	5,2	6,2	7,1
Армения	1999	Количество	39	0	2	3	10	8	16
		Уровень	1,9	—	—	—	—	—	—
Австрия	1998	Количество	629	10	13	161	209	118	117
		Уровень	6,2	—	—	7,9	9,7	7,2	7,1
Австралия	1999	Количество	468	3	4	50	101	109	201
		Уровень	8,4	—	—	6,5	10,3	14,3	20,6
Азербайджан	1999	Количество	63	1	3	14	22	12	11
		Уровень	1,8	—	—	—	2,4	—	—
Багамские Острова	1995—1997	Количество	7	0	1	2	3	1	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Барбадос	1993—1995	Количество	9	0	0	3	2	2	1
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	873	3	13	143	215	219	279
		Уровень	14,2	—	—	13,2	18,1	24,9	22,8
Бельгия	1995	Количество	677	3	9	73	195	156	241
		Уровень	10,7	—	—	—	17,0	17,5	19,2
Бразилия	1995	Количество	4820	84	302	1977	1518	569	370
		Уровень	6,0	1,0	1,2	8,7	8,8	6,0	6,0
Болгария	1999	Количество	407	1	5	44	64	86	207
		Уровень	7,1	—	—	5,0	7,7	10,1	20,7
Канада	1997	Количество	92	10	32	189	303	233	156
		Уровень	5,6	—	1,1	6,2	8,0	8,7	5,7
Чили	1994	Количество	156	5	12	50	42	25	22
		Уровень	2,2	—	—	2,7	2,7	2,7	2,9
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	315	4	13	65	83	39	110
		Уровень	8,6	—	—	9,0	8,8	8,9	23,4
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	9557	19	120	2117	2587	1757	2957
		Уровень	15,2	—	1,0	13,1	17,5	19,6	40,5
Колумбия	1995	Количество	2043	34	151	982	575	218	83
		Уровень	10,4	1,5	2,3	17,8	14,2	10,9	6,0
Коста-Рика	1995	Количество	64	1	4	31	20	7	1
		Уровень	3,7	—	—	6,5	5,3	—	—
Хорватия	1999	Количество	309	1	3	21	50	74	160
		Уровень	9,9	—	—	4,5	9,9	17,1	31,1
Куба	1997	Количество	795	4	14	208	212	164	193
		Уровень	13,4	—	—	15,1	16,1	18,1	26,3
Чешская Республика	1999	Количество	383	4	6	54	64	99	156
		Уровень	5,7	—	—	4,6	6,3	8,9	14,0
Дания	1996	Количество	285	1	1	21	73	90	99
		Уровень	8,3	—	—	4,0	12,8	17,2	16,8
Эквадор	1996	Количество	337	6	28	185	70	24	24
		Уровень	5,8	—	1,4	11,0	6,4	4,2	5,9
Сальвадор	1991	Количество	285	1	23	164	50	29	18
		Уровень	11,5	—	2,2	21,6	11,6	11,4	—
Эстония	1999	Количество	155	3	4	14	35	43	56
		Уровень	16,3	—	—	9,2	22,7	29,7	29,7
Финляндия	1998	Количество	302	1	3	43	77	99	79
		Уровень	9,9	—	—	9,1	13,7	18,4	13,2

ТАБЛИЦА А.7 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Франция	1998	Количество	10 997	8058	14	36	1092	2358	1938	2620
		Уровень	15,6	24,1	—	0,6	17,8	36,6	36,7	51,7
Грузия	1992	Количество	214	160	0	0	38	42	30	50
		Уровень	4,1	6,8	—	—	7,0	8,4	8,6	16,9
Германия	1999	Количество	11 928	8532	27	65	1185	2348	2133	2774
		Уровень	11,5	17,7	1,3	1,0	15,9	22,6	26,9	36,4
Греция	1998	Количество	548	425	1	1	82	107	100	134
		Уровень	4,3	6,9	—	—	6,9	9,5	10,6	12,4
Гайана	1994–1996	Количество	126	99	0	0	43	32	16	8
		Уровень	19,1	32,3	—	—	37,1	47,8	—	—
Венгрия	1999	Количество	3628	2724	4	19	302	747	873	780
		Уровень	29,5	49,0	—	—	25,9	72,8	90,5	102,3
Исландия	1994–1996	Количество	29	24	0	0	8	6	5	4
		Уровень	10,6	17,8	—	—	—	—	—	—
Ирландия	1997	Количество	498	398	1	5	156	118	76	42
		Уровень	13,4	21,6	—	—	33,8	31,2	25,8	16,9
Израиль	1997	Количество	430	335	0	2	108	82	48	95
		Уровень	7,3	12,1	—	—	14,6	15,1	12,4	28,4
Италия	1997	Количество	5416	4108	0	11	748	933	873	1543
		Уровень	7,3	11,8	—	—	12,1	14,6	16,2	27,4
Япония	1997	Количество	24 300	16 376	32	86	2036	3145	5963	5114
		Уровень	15,1	21,4	1,1	0,9	14,9	26,1	43,2	43,1
Казахстан	1992	Количество	5844	4569	14	99	1470	1706	845	434
		Уровень	36,7	60,	—	3,7	68,8	91,6	86,3	74,3
Кувейт	1999	Количество	97	71	1	3	24	38	3	2
		Уровень	4,2	5,1	—	—	7,5	7,9	—	—
Киргизская Республика	1999	Количество	906	727	1	16	201	272	153	84
Уровень		22,6	38,1	—	—	30,1	56,2	74,3	52,7	
Латвия	1999	Количество	1075	806	0	1	132	256	246	171
		Уровень	38,6	64,4	—	—	50,5	96,4	122,4	99,1
Литва	1999	Количество	1856	1498	2	13	282	482	468	251
		Уровень	45,8	80,5	—	—	68,7	115,1	163,3	100,9
Люксембург	1995–1997	Количество	75	55	0	0	8	17	14	16
		Уровень	15,4	23,4	—	—	—	—	—	—
Мальта	1997–1999	Количество	25	19	0	0	4	8	2	4
		Уровень	6,1	—	—	—	—	—	—	—
Маврикий	1999	Количество	214	144	2	3	40	66	22	11
		Уровень	17,5	23,6	—	—	26,2	45,6	27,5	—
Мексика	1997	Количество	17 153	15 131	129	434	6636	4540	2116	1276
		Уровень	19,8	36,5	2,2	2,6	46,6	53,5	46,3	45,0
Нидерланды	1999	Количество	1729	1166	4	15	202	380	308	257
		Уровень	9,5	13,1	—	—	12,9	19,5	19,5	20,9
Новая Зеландия	1998	Количество	638	479	5	16	180	132	77	69
		Уровень	16,6	25,3	—	—	44,0	30,8	24,0	26,5
Никарагуа	1996	Количество	522	398	2	13	193	108	51	30
		Уровень	14,4	23,8	—	—	30,1	31,7	32,2	32,9
Норвегия	1997	Количество	575	416	1	6	94	114	91	110
		Уровень	11,8	17,4	—	—	20,4	23,0	22,6	29,6
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	453	401	5	8	186	125	44	32
Уровень		17,0	30,1	—	—	48,5	45,3	28,0	31,1	
Парагвай	1994	Количество	577	508	3	11	203	162	76	53
		Уровень	15,9	28,6	—	—	31,8	37,2	39,8	50,4

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Мужчины						
			Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Франция	1998	Количество	2939	8	23	308	721	781	1098
		Уровень	7,9	—	0,4	5,1	11,1	14,7	15,8
Грузия	1992	Количество	54	0	0	12	13	9	20
		Уровень	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Германия	1999	Количество	3396	16	42	303	685	783	1567
		Уровень	5,9	—	0,7	4,3	7,0	10,0	14,3
Греция	1998	Количество	123	0	1	15	26	37	44
		Уровень	1,9	—	—	—	2,3	3,8	3,4
Гайана	1994–1996	Количество	27	0	1	13	8	4	2
		Уровень	7,5	—	—	—	—	—	—
Венгрия	1999	Количество	904	5	9	73	173	222	422
		Уровень	12,7	—	—	6,6	16,9	20,8	34,8
Исландия	1994–1996	Количество	5	0	0	1	0	1	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Ирландия	1997	Количество	100	1	1	26	24	24	24
		Уровень	5,1	—	—	5,8	6,2	8,3	7,8
Израиль	1997	Количество	95	0	3	14	25	8	45
		Уровень	3,0	—	—	—	4,4	—	10,4
Италия	1997	Количество	1308	2	14	173	252	279	588
		Уровень	3,3	—	—	2,9	4,0	5,0	7,8
Япония	1997	Количество	7923	42	82	903	1139	2078	3679
		Уровень	9,0	1,5	0,9	6,9	9,6	14,9	23,7
Казахстан	1992	Количество	1275	18	40	299	354	239	325
		Уровень	15,1	—	1,5	14,6	18,6	21,8	30,1
Кувейт	1999	Количество	26	0	0	6	18	1	1
		Уровень	3,2	—	—	—	—	—	—
Киргизская Республика	1999	Количество	179	5	10	56	39	21	48
		Уровень	8,2	—	—	8,5	7,9	9,4	20,9
Латвия	1999	Количество	269	3	6	27	63	66	103
		Уровень	16,7	—	—	10,7	23,5	27,3	31,8
Литва	1999	Количество	358	5	9	44	78	87	135
		Уровень	15,1	—	—	11,0	18,4	25,6	31,4
Люксембург	1995–1997	Количество	20	0	0	3	7	5	5
		Уровень	8,3	—	—	—	—	—	—
Мальта	1997–1999	Количество	6	0	0	2	1	1	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Маврикий	1999	Количество	70	2	3	29	26	7	3
		Уровень	11,4	—	—	19,7	18,8	—	—
Мексика	1997	Количество	2022	109	236	825	467	195	190
		Уровень	4,2	2,0	1,5	5,7	5,2	4,0	5,7
Нидерланды	1999	Количество	563	1	10	96	156	147	153
		Уровень	6,1	—	—	6,3	8,3	9,6	9,4
Новая Зеландия	1998	Количество	159	2	7	58	51	22	19
		Уровень	8,1	—	—	14,2	11,3	6,8	—
Никарагуа	1996	Количество	124	2	18	71	17	10	6
		Уровень	5,7	—	—	10,9	—	—	—
Норвегия	1997	Количество	159	0	1	28	46	47	37
		Уровень	6,4	—	—	6,3	9,7	12,1	7,5
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	52	3	6	22	10	5	6
		Уровень	3,7	—	—	5,9	—	—	—
Парагвай	1994	Количество	69	2	4	25	19	9	10
		Уровень	3,7	—	—	4,0	—	—	—

ТАБЛИЦА А.7 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Филиппины	1993	Количество	8677	7770	20	80	3296	3039	1041	294
		Уровень	15,9	28,5	0,4	0,6	34,9	53,4	35,4	20,0
Польша	1995	Количество	6619	5364	12	82	944	1919	1485	922
		Уровень	16,0	27,3	—	1,8	21,8	42,1	50,2	37,9
Португалия	1999	Количество	671	494	3	4	70	98	85	234
		Уровень	5,2	8,3	—	—	6,0	9,3	10,0	27,0
Пуэрто-Рико	1998	Количество	1129	1022	1	11	557	238	125	89
		Уровень	28,6	53,7	—	—	112,6	65,2	45,1	38,1
Республика Корея	1997	Количество	7061	4794	17	71	1141	1646	1125	794
		Уровень	14,9	21,3	—	1,3	17,2	26,3	33,9	45,3
Республика Молдова	1999	Количество	999	794	4	15	150	255	221	149
		Уровень	26,7	46,2	—	—	33,6	66,0	82,9	76,3
Румыния	1999	Количество	3560	2817	10	57	479	763	843	665
		Уровень	14,1	23,3	—	2,6	17,2	32,3	44,5	37,2
Российская Федерация										
Федерация	1998	Количество	85 511	68 013	98	581	15 476	25 190	16 695	9973
		Уровень	53,7	91,9	2,9	4,0	95,7	146,3	143,5	111,7
Сингапур	1998	Количество	446	280	0	3	67	97	57	56
		Уровень	13,9	17,4	—	—	19,3	21,4	21,3	37,2
Словацкая Республика										
Республика	1999	Количество	825	680	0	5	111	208	215	141
		Уровень	13,8	24,1	—	—	16,3	34,9	46,4	42,9
Словения	1999	Количество	623	476	1	5	65	125	135	145
		Уровень	26,0	42,4	—	—	29,5	55,0	68,8	97,7
Испания	1998	Количество	3620	2757	2	9	561	636	489	1060
		Уровень	7,3	11,7	—	—	11,8	14,3	14,9	29,2
Сент-Люсия	1993–1995	Количество	21	17	0	0	9	5	2	1
		Уровень	16,0	—	—	—	—	—	—	—
Швеция	1996	Количество	1367	947	0	1	147	239	274	286
		Уровень	13,0	18,4	—	—	17,0	25,8	31,3	33,7
Швейцария	1996	Количество	1513	1060	2	10	197	265	262	324
		Уровень	17,8	26,5	—	—	28,5	30,8	38,6	55,7
Таджикистан	1995	Количество	557	451	4	6	149	175	74	43
		Уровень	13,7	22,4	—	—	19,6	37,2	36,3	28,7
Таиланд	1994	Количество	6530	5133	21	106	1881	1866	885	375
		Уровень	11,6	18,5	0,8	1,3	20,6	29,9	27,7	19,5
Македония, БЮР	1997	Количество	202	153	0	1	18	53	31	50
		Уровень	9,7	15,0	—	—	—	23,5	19,7	39,1
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	313	243	0	4	82	78	52	27
		Уровень	26,1	39,0	—	—	45,3	53,1	64,5	48,1
Туркменистан	1998	Количество	742	603	2	19	249	215	94	23
		Уровень	18,9	31,4	—	—	38,1	47,9	53,0	20,1
Украина	1999	Количество	20 762	16 255	28	148	2862	5133	4710	3373
		Уровень	36,9	63,8	2,5	3,2	51,8	96,7	117,4	93,5
Великобритания	1999	Количество	4920	3803	20	34	886	1329	868	666
		Уровень	7,6	12,0	1,1	0,6	15,1	19,3	15,9	12,7
Англия и Уэльс	1999	Количество	4015	3077	19	29	667	1050	736	576
		Уровень	6,9	10,8	—	0,6	12,9	17,2	15,2	12,3
Северная Ирландия	1999	Количество	145	123	0	1	49	50	15	8
		Уровень	8,8	14,9	—	—	25,9	27,6	—	—

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все	0–4	5–14	15–29	30–44	45–59	>60
			возрасты ^d	года	лет	лет	года	лет	лет
Филиппины	1993	Количество	907	11	46	403	226	136	86
		Уровень	3,3	—	0,4	4,4	4,0	4,6	4,7
Польша	1995	Количество	1255	14	25	168	379	301	368
		Уровень	5,6	—	0,6	4,0	8,4	9,4	10,1
Португалия	1999	Количество	177	3	8	18	33	25	90
		Уровень	2,5	—	—	—	3,0	2,7	7,6
Пуэрто-Рико	1998	Количество	107	3	4	43	30	13	14
		Уровень	5,1	—	—	8,9	7,2	—	—
Республика Корея	1997	Количество	2267	19	72	663	690	363	460
		Уровень	9,2	—	1,5	10,5	11,6	10,8	17,2
Республика Молдова	1999	Количество	205	5	11	28	49	48	64
		Уровень	9,9	—	—	6,3	11,8	15,4	21,3
Румыния	1999	Количество	743	11	20	114	157	177	264
		Уровень	5,5	—	1,0	4,2	6,7	8,8	11,1
Российская Федерация	1998	Количество	17 498	90	303	3000	4342	3862	5902
		Уровень	19,2	2,8	2,2	19,3	24,8	28,6	34,5
Сингапур	1998	Количество	166	0	0	50	30	29	56
		Уровень	10,4	—	—	14,5	6,7	11,1	32,4
Словацкая Республика	1999	Количество	145	0	1	18	42	40	44
		Уровень	4,5	—	—	—	7,2	8,0	8,8
Словения	1999	Количество	147	0	0	15	28	48	56
		Уровень	11,4	—	—	—	12,3	24,6	24,6
Испания	1998	Количество	863	1	5	122	174	162	399
		Уровень	3,2	—	—	2,7	4,0	4,8	8,3
Сент-Люсия	1993-1995	Количество	3	0	0	2	0	0	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Швеция	1996	Количество	420	3	8	48	90	132	139
		Уровень	7,7	—	—	5,8	10,2	15,5	12,7
Швейцария	1996	Количество	453	3	5	53	102	114	176
		Уровень	9,9	—	—	7,7	12,2	16,9	21,8
Таджикистан	1995	Количество	106	0	0	38	31	15	21
		Уровень	5,3	—	—	5,0	6,4	—	11,0
Таиланд	1994	Количество	1397	15	78	550	418	210	126
		Уровень	4,9	—	1,0	6,2	6,7	6,3	5,3
Македония, БЮР	1997	Количество	49	0	1	6	18	5	19
		Уровень	4,7	—	—	—	—	—	—
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	70	2	2	33	19	6	8
		Уровень	11,6	—	—	21,2	—	—	—
Туркменистан	1998	Количество	139	1	4	59	35	18	21
		Уровень	7,1	—	—	9,1	7,6	—	13,5
Украина	1999	Количество	4507	22	72	559	983	1100	1771
		Уровень	13,6	2,0	1,6	10,5	17,7	22,9	27,4
Великобритания	1999	Количество	1117	7	14	195	330	261	310
		Уровень	3,2	—	—	3,5	4,9	4,7	4,5
Англия и Уэльс	1999	Количество	938	7	13	152	272	219	275
		Уровень	3,0	—	—	3,1	4,6	4,5	4,5
Северная Ирландия	1999	Количество	22	0	0	11	8	1	2
		Уровень	2,7	—	—	—	—	—	—

ТАБЛИЦА А.7 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все	0–4	5–14	15–29	30–44	45–59	>60	
			возрасты ^d	года	лет	лет	года	лет	лет	
Шотландия	1999	Количество	760	603	1	4	170	229	117	82
		Уровень	14,1	22,9	—	—	33,4	38,7	25,3	18,7
США	1998	Количество	49 586	38 974	396	894	12 511	11 688	6885	6600
		Уровень	17,4	28,3	4,1	3,0	44,2	36,4	30,1	34,6
Уругвай	1999	Количество	457	357	1	5	64	90	86	111
		Уровень	14,0	23,5	—	—	17,8	31,5	36,7	50,3
Узбекистан	1998	Количество	2414	1821	2	73	585	690	315	156
		Уровень	12,1	19,0	—	1,6	17,6	29,7	33,0	22,2
Венесуэла	1994	Количество	4704	4254	16	104	2435	1109	357	232
		Уровень	23,2	42,0	—	2,6	80,8	53,1	33,4	38,6

Источник: WHO mortality database as of September 2001.

^a Преднамеренные травмы по классификации ВОЗ: ICD-10 X60–Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950–E978, E990–E999).

^b Или среднее значение за три последних года, по которым имеется информация (в интервале 1990–2000 г.) для стран с населением до 1 млн человек.

^c Количество — количество смертей; уровень (уровень смертности) — количество смертей на 100 000 человек. В тех случаях, когда возраст умершего не был известен, было проведено их пропорциональное распределение по возрастным группам, в зависимости от распределения случаев смерти в результате преднамеренных травм по группам населения. Численные значения округлялись до ближайших целых чисел. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением. Уровень смертности не рассчитывался, если было зафиксировано менее 20 смертных случаев. Данные по населению, которые использовались при вычислении уровней смертности, можно найти на сайте ВОЗ <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Стандартизировано по возрасту.

^e Суммарный показатель для мужчин и женщин.

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Шотландия	1999	Количество	157	0	1	32	50	41	33
		Уровень	5,4	—	—	6,5	8,4	8,5	5,4
США	1998	Количество	10 612	326	613	2297	3524	2170	1682
		Уровень	7,1	3,5	2,2	8,3	10,8	9,0	6,6
Уругвай	1999	Количество	100	2	6	25	14	13	39
		Уровень	5,6	—	—	7,1	—	—	13,6
Узбекистан	1998	Количество	593	2	17	266	147	77	84
		Уровень	53,7	—	—	8,1	6,2	7,8	8,7
Венесуэла	1994	Количество	450	16	43	202	116	38	35
		Уровень	4,4	—	1,1	6,9	5,6	3,5	5,1

ТАБЛИЦА А.8

Смертность в результате убийств^а по половозрастным группам и странам, за последний год, по которому имеется информация (в интервале 1990–2000^б г.)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Всего ^{д,е}	Мужчины						
				Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Албания	1998	Количество	660	573	2	9	286	165	84	27
		Уровень	21,0	38,7	—	—	79,9	45,5	37,2	19,4
Аргентина	1996	Количество	1611	1347	37	35	514	371	239	152
		Уровень	4,7	8,1	2,1	1,0	11,5	11,3	9,9	7,6
Армения	1999	Количество	98	77	2	1	20	29	16	9
		Уровень	2,6	4,2	—	—	4,1	6,7	—	—
Австралия	1998	Количество	295	201	9	8	59	66	42	17
		Уровень	1,6	2,1	—	—	2,8	3,1	2,5	—
Австрия	1999	Количество	68	32	3	2	3	15	4	5
		Уровень	0,8	0,8	—	—	—	—	—	—
Азербайджан	1999	Количество	375	323	0	10	176	86	32	19
		Уровень	5,0	8,7	—	—	16,6	10,1	8,5	—
Багамские Острова	1995–1997	Количество	43	37	1	1	20	10	3	2
		Уровень	14,9	26,1	—	—	48,4	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	1123	784	3	2	203	303	171	102
		Уровень	10,5	15,6	—	—	18,2	26,2	22,1	15,1
Бельгия	1995	Количество	169	100	3	1	24	34	22	16
		Уровень	1,6	1,9	—	—	2,3	2,9	2,5	—
Бразилия	1995	Количество	37 076	33 751	99	436	18 400	10 352	3393	1071
		Уровень	23,0	42,5	1,2	2,5	81,2	61,9	38,7	20,9
Болгария	1999	Количество	238	174	4	1	38	47	48	36
		Уровень	2,6	4,0	—	—	4,1	5,6	6,1	4,6
Канада	1997	Количество	431	285	14	12	100	76	48	35
		Уровень	1,4	1,9	—	—	3,2	2,0	1,8	1,6
Чили	1994	Количество	410	356	10	4	125	118	58	41
		Уровень	3,0	5,4	—	—	6,7	7,7	6,7	7,2
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	63	39	5	3	8	10	3	9
		Уровень	1,0	1,3	—	—	—	—	—	—
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	2405	1655	16	44	514	684	264	133
		Уровень	1,8	2,5	—	0,5	3,0	4,4	2,8	2,0
Колумбия	1995	Количество	23 443	21 705	56	239	11 730	7039	2016	625
		Уровень	61,6	116,8	2,3	5,5	212,5	185,1	109,7	55,2
Коста-Рика	1995	Количество	179	153	3	1	57	62	22	7
		Уровень	5,4	9,3	—	—	11,5	16,6	12,2	—
Хорватия	1999	Количество	128	95	1	1	17	33	22	21
		Уровень	2,6	4,0	—	—	—	6,3	5,6	6,4
Куба	1997	Количество	747	584	7	5	263	210	63	36
		Уровень	6,2	9,6	—	—	18,4	16,0	7,2	5,3
Чешская Республика	1999	Количество	151	97	3	1	22	36	27	8
		Уровень	1,4	1,8	—	—	1,8	3,4	2,5	—
Дания	1996	Количество	59	36	2	1	12	14	4	3
		Уровень	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—
Эквадор	1996	Количество	1632	1501	5	21	684	535	178	78
		Уровень	15,3	28,2	—	1,5	39,8	48,7	31,5	21,8
Сальвадор	1991	Количество	2480	2290	8	35	1043	659	344	201
		Уровень	55,6	108,4	—	5,1	133,1	165,4	139,5	122,7
Эстония	1999	Количество	227	168	2	0	29	59	56	23
		Уровень	14,8	23,1	—	—	18,0	38,4	46,3	22,2
Финляндия	1998	Количество	125	90	1	1	15	38	22	13
		Уровень	2,2	3,3	—	—	—	6,5	4,0	—
Франция	1998	Количество	436	269	14	12	56	80	75	32
		Уровень	0,7	0,9	—	—	0,9	1,2	1,4	0,6

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^d	0–4 лет	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Албания	1998	Количество	87	4	3	31	30	12	6
		Уровень	5,3	—	—	7,2	8,3	—	—
Аргентина	1996	Количество	264	36	15	86	63	30	35
		Уровень	1,5	2,1	—	2,0	1,9	1,2	1,3
Армения	1999	Количество	21	0	2	3	6	5	5
		Уровень	1,0	—	—	—	—	—	—
Австралия	1998	Количество	94	10	1	26	26	15	16
		Уровень	1,0	—	—	1,3	1,2	—	—
Австралия	1999	Количество	36	3	0	4	16	8	5
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Азербайджан	1999	Количество	52	1	2	12	19	9	9
		Уровень	1,4	—	—	—	—	—	—
Багамские Острова	1995–1997	Количество	7	0	1	2	3	1	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	339	3	6	60	102	78	90
		Уровень	5,8	—	—	5,5	8,6	8,8	7,3
Бельгия	1995	Количество	69	3	3	12	24	9	18
		Уровень	1,2	—	—	—	2,1	—	—
Бразилия	1995	Количество	3325	85	183	1484	1089	308	177
		Уровень	4,1	1,1	1,1	6,5	6,3	3,3	2,8
Болгария	1999	Количество	64	1	1	12	13	15	22
		Уровень	1,3	—	—	—	—	—	2,2
Канада	1997	Количество	146	10	10	33	48	25	20
		Уровень	1,0	—	—	1,1	1,3	0,9	0,7
Чили	1994	Количество	54	5	3	17	17	5	7
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	24	4	4	4	9	3	0
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	750	19	37	218	283	117	76
		Уровень	1,2	—	0,4	1,4	1,9	1,3	1,0
Колумбия	1995	Количество	1738	33	106	827	511	189	72
		Уровень	9,0	1,4	2,5	15,0	12,6	9,4	5,2
Коста-Рика	1995	Количество	26	1	2	15	7	1	0
		Уровень	1,4	—	—	—	—	—	—
Хорватия	1999	Количество	33	1	1	3	7	9	12
		Уровень	1,2	—	—	—	—	—	—
Куба	1997	Количество	163	4	4	78	55	13	9
		Уровень	2,7	—	—	5,7	4,2	—	—
Чешская Республика	1999	Количество	54	4	2	14	9	13	12
		Уровень	1,0	—	—	—	—	—	—
Дания	1996	Количество	23	1	0	7	7	5	3
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Эквадор	1996	Количество	131	5	5	54	40	9	18
		Уровень	2,5	—	—	3,2	3,7	—	—
Сальвадор	1991	Количество	190	3	4	72	56	34	20
		Уровень	8,4	—	—	8,8	12,4	12,9	9,8
Эстония	1999	Количество	59	3	1	4	19	21	11
		Уровень	7,4	—	—	—	—	14,4	—
Финляндия	1998	Количество	35	1	0	3	12	14	5
		Уровень	1,2	—	—	—	—	—	—
Франция	1998	Количество	167	8	6	31	42	41	39
		Уровень	0,5	—	—	0,5	0,6	0,8	0,6

ТАБЛИЦА А.8 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Германия	1999	Количество	720	418	27	12	95	127	101	56
		Уровень	0,9	1,0	1,3	—	1,3	1,2	1,3	0,7
Греция	1998	Количество	144	109	1	0	21	38	31	18
		Уровень	1,2	1,9	—	—	1,8	3,4	3,3	—
Гайана	1994–1996	Количество	42	35	0	0	14	12	6	3
		Уровень	6,6	11,8	—	—	—	—	—	—
Венгрия	1999	Количество	291	170	4	4	19	54	58	31
		Уровень	2,6	3,2	—	—	—	5,3	6,0	4,1
Ирландия	1997	Количество	30	21	1	0	8	6	5	1
		Уровень	0,8	1,2	—	—	—	—	—	—
Израиль	1997	Количество	30	24	0	0	11	8	3	2
		Уровень	0,5	0,9	—	—	—	—	—	—
Италия	1997	Количество	720	561	0	6	170	207	101	77
		Уровень	1,1	1,8	—	—	2,7	3,2	1,9	1,4
Япония	1997	Количество	719	435	32	19	72	80	132	99
		Уровень	0,6	0,7	1,1	—	0,5	0,7	1,0	0,8
Казахстан	1992	Количество	2448	1841	14	17	483	738	380	209
		Уровень	17,1	27,4	—	—	24,8	45,5	42,4	36,1
Кувейт	1999	Количество	39	26	1	1	9	12	2	1
		Уровень	2,2	2,4	—	—	—	—	—	—
Киргизская Республика	1999	Количество	341	266	1	3	63	110	59	30
		Уровень	8,6	14,2	—	—	9,4	22,7	28,7	18,8
Латвия	1999	Количество	308	213	0	0	47	69	61	36
		Уровень	11,6	17,3	—	—	18,0	26,0	30,4	20,9
Литва	1999	Количество	297	209	2	3	45	72	55	32
		Уровень	7,5	11,3	—	—	11,0	17,2	19,2	12,9
Маврикий	1999	Количество	33	19	2	0	3	9	2	3
		Уровень	2,9	—	—	—	—	—	—	—
Мексика	1997	Количество	13 542	12 170	129	224	5281	3810	1751	975
		Уровень	15,9	29,6	2,3	2,1	37,1	44,9	38,3	34,4
Нидерланды	1999	Количество	203	144	4	4	36	58	31	11
		Уровень	1,3	1,7	—	—	2,3	3,0	2,0	—
Новая Зеландия	1998	Количество	57	32	5	2	10	6	6	3
		Уровень	1,5	1,7	—	—	—	—	—	—
Никарагуа	1996	Количество	285	246	2	5	117	66	37	19
		Уровень	8,4	15,1	—	—	18,2	19,3	23,3	—
Норвегия	1997	Количество	41	28	1	2	7	11	6	1
		Уровень	0,9	1,3	—	—	—	—	—	—
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	293	265	5	2	136	75	29	18
		Уровень	10,9	19,8	—	—	35,3	27,1	18,5	—
Парагвай	1994	Количество	459	420	3	4	171	144	61	37
		Уровень	12,6	23,4	—	—	26,8	33,0	31,9	35,9
Филиппины	1993	Количество	7726	7181	20	59	3020	2845	977	260
		Уровень	14,2	26,4	0,4	0,7	31,9	49,9	33,2	17,7
Польша	1995	Количество	1088	785	12	10	132	292	211	128
		Уровень	2,7	4,0	—	—	3,0	6,4	7,1	5,3
Португалия	1999	Количество	118	82	3	0	30	19	14	16
		Уровень	1,1	1,6	—	—	2,6	—	—	—
Пуэрто-Рико	1998	Количество	804	731	1	7	500	149	59	15
		Уровень	20,6	38,1	—	—	101,0	40,8	21,3	—
Корея, Республика	1997	Количество	987	602	17	23	168	243	112	39
		Уровень	2,0	2,4	—	0,7	2,5	3,9	3,4	2,2
Молдова, Республика	1999	Количество	410	307	4	5	78	106	65	49
		Уровень	11,2	18,0	—	—	17,5	27,4	24,4	25,1

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все	0–4	5–14	15–29	30–44	45–59	>60
			возрасты ^д	года	лет	лет	года	лет	лет
Германия	1999	Количество	302	16	17	53	98	58	60
		Уровень	0,7	—	—	0,7	1,0	0,7	0,5
Греция	1998	Количество	35	0	0	4	6	9	16
		Уровень	0,5	—	—	—	—	—	—
Гайана	1994–1996	Количество	7	0	0	3	3	1	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Венгрия	1999	Количество	121	5	3	19	35	23	36
		Уровень	2,0	—	—	—	3,4	2,2	3,0
Ирландия	1997	Количество	9	1	0	2	1	3	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Израиль	1997	Количество	6	0	0	2	3	0	1
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Италия	1997	Количество	159	2	6	36	28	27	60
		Уровень	0,5	—	—	0,6	0,4	0,5	0,8
Япония	1997	Количество	284	42	21	37	29	64	91
		Уровень	0,4	1,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6
Казахстан	1992	Количество	607	2	19	130	184	117	156
		Уровень	7,9	—	—	6,8	11,0	11,2	15,4
Кувейт	1999	Количество	13	0	0	4	7	1	1
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Киргизская Республика	1999	Количество	75	5	3	22	17	12	16
		Уровень	3,5	—	—	3,4	—	—	—
Латвия	1999	Количество	95	3	3	8	31	23	27
		Уровень	6,6	—	—	—	11,5	9,5	8,3
Литва	1999	Количество	88	5	3	10	21	16	33
		Уровень	4,0	—	—	—	5,0	—	7,7
Маврикий	1999	Количество	14	2	1	1	6	2	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Мексика	1997	Количество	1372	110	97	496	360	148	161
		Уровень	3,1	2,0	0,9	3,4	4,0	3,0	4,8
Нидерланды	1999	Количество	59	1	4	21	16	7	10
		Уровень	0,8	—	—	1,4	—	—	—
Новая Зеландия	1998	Количество	25	2	1	9	11	2	0
		Уровень	1,3	—	—	—	—	—	—
Никарагуа	1996	Количество	39	2	4	16	7	6	4
		Уровень	2,2	—	—	—	—	—	—
Норвегия	1997	Количество	13	0	1	3	3	4	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	28	3	3	13	5	1	3
		Уровень	2,0	—	—	—	—	—	—
Парагвай	1994	Количество	39	2	0	16	10	6	5
		Уровень	2,2	—	—	—	—	—	—
Филиппины	1993	Количество	545	11	33	173	160	108	59
		Уровень	2,1	—	0,4	1,9	2,8	3,6	3,3
Польша	1995	Количество	303	14	5	46	93	56	89
		Уровень	1,4	—	—	1,1	2,1	1,8	2,4
Португалия	1999	Количество	36	3	2	6	10	9	6
		Уровень	0,7	—	—	—	—	—	—
Пуэрто-Рико	1998	Количество	73	3	1	33	23	7	6
		Уровень	3,7	—	—	6,8	5,6	—	—
Корея, Республика	1997	Количество	385	19	19	100	141	59	47
		Уровень	1,6	—	—	1,6	2,4	1,8	1,8
Молдова, Республика	1999	Количество	103	4	6	13	31	19	30
		Уровень	5,2	—	—	—	7,5	—	10,0

ТАБЛИЦА А.8 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины						
			Все возрасты ^d	0—4 года	5—14 лет	15—29 лет	30—44 года	45—59 лет	>60 лет		
Румыния	1999	Количество	803	572	10	12	122	164	140	124	
		Уровень	3,3	4,8	—	—	4,4	6,9	7,4	6,9	
Российская Федерация	1998	Количество	33 553	25 130	99	147	6067	10 595	5792	2429	
		Уровень	21,6	34,0	2,9	1,3	37,5	61,5	49,8	27,2	
Сингапур	1998	Количество	45	29	0	0	9	13	5	2	
		Уровень	1,3	1,7	—	—	—	—	—	—	
Словацкая Республика	1999	Количество	132	89	0	0	21	38	18	12	
		Уровень	2,3	3,2	—	—	3,1	6,4	—	—	
Словения	1999	Количество	30	20	1	0	3	6	7	3	
		Уровень	1,3	1,8	—	—	—	—	—	—	
Испания	1998	Количество	355	255	2	3	70	91	50	39	
		Уровень	0,8	1,2	—	—	1,5	2,1	1,5	1,1	
Швеция	1996	Количество	110	74	0	0	11	28	21	14	
		Уровень	1,2	1,5	—	—	—	3,0	2,4	—	
Швейцария	1996	Количество	77	48	2	4	10	17	11	4	
		Уровень	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—	
Таджикистан	1995	Количество	354	301	4	2	107	129	38	21	
		Уровень	8,5	14,3	—	—	14,0	27,4	18,6	14,0	
Таиланд	1994	Количество	4161	3481	21	83	1138	1394	628	217	
		Уровень	7,5	12,6	0,8	1,4	12,5	22,3	19,7	11,3	
Македония, БЮР	1997	Количество	47	38	0	0	5	19	7	7	
		Уровень	2,2	3,7	—	—	—	—	—	—	
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	146	108	0	2	39	35	23	9	
		Уровень	12,1	17,1	—	—	21,6	23,8	28,5	—	
Туркменистан	1998	Количество	333	279	2	2	116	114	32	12	
		Уровень	8,6	14,6	—	—	17,8	25,5	18,2	—	
Украина	1999	Количество	6260	4421	28	41	941	1674	1196	541	
		Уровень	11,7	17,8	2,5	1,2	17,0	31,6	29,8	15,0	
Великобритания	1999	Количество	440	335	20	10	108	109	60	28	
		Уровень	0,8	1,2	1,1	—	1,8	1,6	1,1	0,5	
Англия и Уэльс	1999	Количество	295	214	19	8	68	61	34	24	
		Уровень	0,6	0,9	—	—	1,3	1,0	0,7	0,5	
Северная Ирландия	1999	Количество	24	20	0	1	4	11	3	1	
		Уровень	1,4	2,4	—	—	—	—	—	—	
Шотландия	1999	Количество	121	101	1	1	36	37	23	3	
		Уровень	2,4	4,1	—	—	7,1	6,3	5,0	—	
США	1998	Количество	17 893	13 652	396	257	6670	3984	1609	736	
		Уровень	6,9	10,7	4,1	1,3	23,6	12,4	7,0	3,9	
Уругвай	1999	Количество	136	105	1	1	22	36	22	24	
		Уровень	4,4	7,1	—	—	6,0	12,6	9,2	10,8	
Узбекистан	1998	Количество	790	567	2	18	178	222	100	47	
		Уровень	4,1	6,0	—	—	5,3	9,6	10,5	6,7	
Венесуэла	1994	Количество	3353	3120	15	60	1926	787	232	100	
		Уровень	16,0	29,7	—	2,3	63,9	37,7	21,7	16,7	

Источник: WHO mortality database as of September 2001.

^a Преднамеренное убийство по классификации ВОЗ: ICD-10 X85–Y09 (ICD-9 E960–E969).

^b Или среднее значение за три последних года, по которым имеется информация (в интервале 1990–2000 г.) для стран с населением до 1 млн человек.

^c Количество — количество смертей; уровень (уровень смертности) — количество смертей на 100 000 человек. В тех случаях, когда возраст умершего не был известен, было проведено их пропорциональное распределение по возрастным группам, в зависимости от распределения случаев смерти в результате преднамеренных травм по группам населения. Численные значения округлялись до ближайших целых чисел. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением. Уровень смертности не рассчитывался, если было зафиксировано менее 20 смертных случаев. Данные по населению, которые использовались при вычислении уровней смертности, можно найти на сайте ВОЗ <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Стандартизировано по возрасту.

^e Суммарный показатель для мужчин и женщин.

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Румыния	1999	Количество	231	11	5	37	56	48	74
		Уровень	1,8	—	—	1,4	2,4	2,4	3,1
Российская Федерация	1998	Количество	8423	90	135	1632	2452	1907	2207
		Уровень	9,8	2,8	1,3	10,5	14,0	14,1	12,9
Сингапур	1998	Количество	16	0	0	5	4	3	3
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Словацкая Республика	1999	Количество	43	0	1	4	14	11	13
		Уровень	1,4	—	—	—	—	—	—
Словения	1999	Количество	10	0	0	1	4	0	5
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Испания	1998	Количество	100	1	0	24	22	15	38
		Уровень	0,4	—	—	0,5	0,5	—	0,8
Швеция	1996	Количество	36	3	3	5	14	6	5
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Швейцария	1996	Количество	29	3	2	6	5	4	9
		Уровень	0,8	—	—	—	—	—	—
Таджикистан	1995	Количество	53	0	0	16	18	7	11
		Уровень	2,8	—	—	—	—	—	—
Таиланд	1994	Количество	680	15	62	208	216	109	71
		Уровень	2,5	—	1,1	2,4	3,4	3,3	3,0
Македония, БЮР	1997	Количество	9	0	1	0	5	1	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	38	2	0	15	11	5	5
		Уровень	6,6	—	—	—	—	—	—
Туркменистан	1998	Количество	54	1	0	13	21	8	11
		Уровень	3,0	—	—	—	4,5	—	—
Украина	1999	Количество	1839	22	36	285	500	454	541
		Уровень	6,1	2,0	1,1	5,3	9,0	9,5	8,4
Великобритания	1999	Количество	105	7	6	26	38	15	13
		Уровень	0,4	—	—	0,5	0,6	—	—
Англия и Уэльс	1999	Количество	81	7	6	19	28	11	10
		Уровень	0,3	—	—	—	0,5	—	—
Северная Ирландия	1999	Количество	4	0	0	2	2	0	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Шотландия	1999	Количество	20	0	0	5	8	4	3
		Уровень	0,7	—	—	—	—	—	—
США	1998	Количество	4241	327	202	1268	1446	542	457
		Уровень	3,1	3,5	1,1	4,6	4,4	2,2	1,8
Уругвай	1999	Количество	31	2	1	12	5	2	9
		Уровень	1,9	—	—	—	—	—	—
Узбекистан	1998	Количество	223	2	8	58	67	49	39
		Уровень	2,4	—	—	1,8	2,8	4,9	4,0
Венесуэла	1994	Количество	233	16	18	103	67	14	15
		Уровень	2,3	—	—	3,5	3,2	—	—

ТАБЛИЦА А.9

Смертность в результате самоубийств^а по половозрастным группам и странам, за последний год, по которому имеется информация (в интервале 1990–2000^б г.)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Всего ^{д,е}	Мужчины						
				Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Австралия	1998	Количество	2633	2108	0	6	666	732	393	311
		Уровень	13,3	21,4	—	—	31,7	34,1	23,2	22,7
Австрия	1999	Количество	1555	1126	0	2	171	289	275	389
		Уровень	15,5	24,2	—	—	21,7	28,2	36,1	59,7
Азербайджан	1999	Количество	54	44	0	0	9	21	9	5
		Уровень	0,8	1,3	—	—	—	2,5	—	—
Албания	1998	Количество	165	104	0	2	46	28	18	10
		Уровень	5,3	7,1	—	—	12,7	7,8	—	—
Аргентина	1996	Количество	2245	1709	0	14	402	328	442	523
		Уровень	6,5	10,6	—	—	9,0	10,0	18,3	26,3
Армения	1999	Количество	67	49	0	0	9	16	11	13
		Уровень	1,7	2,6	—	—	—	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	3408	2877	0	22	552	923	797	583
		Уровень	30,9	56,9	—	2,9	49,4	79,7	103,4	86,3
Бельгия	1995	Количество	2155	1550	0	10	252	471	373	444
		Уровень	17,9	27,1	—	—	24,3	39,9	41,9	48,7
Болгария	1999	Количество	1307	965	0	7	118	180	245	415
		Уровень	12,3	19,6	—	—	12,8	21,5	30,9	53,3
Босния и Герцеговина	1991	Количество	531	457	0	15	167	151	83	41
		Уровень	11,3	19,4	—	—	27,0	29,4	22,9	20,4
Бразилия	1995	Количество	6584	5174	0	38	1812	1649	935	740
		Уровень	4,7	7,6	—	0,2	8,0	9,9	10,7	14,4
Канада	1997	Количество	3681	2914	0	39	682	1010	708	475
		Уровень	11,3	18,1	—	1,9	21,6	26,3	26,8	22,1
Чили	1994	Количество	801	704	0	2	240	211	133	118
		Уровень	6,1	11,1	—	—	12,9	13,8	15,5	20,9
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	788	501	0	6	96	168	99	131
		Уровень	11,2	14,6	—	—	13,8	18,5	19,4	31,2
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	16 836	8048	0	83	1252	2018	1680	3015
		Уровень	13,7	13,5	—	0,9	7,2	12,9	17,9	45,7
Дания	1996	Количество	892	631	0	1	80	163	180	207
		Уровень	13,6	20,2	—	—	14,5	27,4	33,8	46,5
Колумбия	1995	Количество	1172	905	0	15	427	230	123	110
		Уровень	3,4	5,5	—	—	7,7	6,1	6,7	9,7
Коста-Рика	1995	Количество	211	174	0	5	66	61	27	14
		Уровень	6,6	10,9	—	—	13,4	16,4	14,8	—
Куба	1997	Количество	2029	1401	0	5	235	355	310	496
		Уровень	17,1	23,8	—	—	16,4	27,1	35,3	72,6
Сальвадор	1991	Количество	429	276	0	4	168	56	26	21
		Уровень	8,5	12,1	—	—	21,5	14,0	10,7	13,0
Финляндия	1998	Количество	1228	962	0	3	173	296	290	200
		Уровень	21,1	34,0	—	—	35,1	50,8	53,2	49,6
Хорватия	1999	Количество	989	716	0	5	112	170	171	258
		Уровень	18,5	30,2	—	—	23,2	32,5	43,2	79,1
Чешская Республика	1999	Количество	1610	1285	0	3	223	298	399	362
		Уровень	13,0	22,3	—	—	18,1	28,2	37,1	48,1
Эквадор	1996	Количество	593	396	0	7	188	107	56	38
		Уровень	5,5	7,8	—	—	10,9	9,7	9,9	10,5
Эстония	1999	Количество	469	376	0	2	73	97	111	92
		Уровень	28,1	50,9	—	—	45,5	63,6	92,5	90,3

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Австралия	1998	Количество	525	0	2	135	183	103	101
		Уровень	5,2	—	—	6,6	8,5	6,3	6,1
Австрия	1999	Количество	429	0	1	46	85	101	196
		Уровень	7,6	—	—	6,0	8,6	13,2	20,1
Азербайджан	1999	Количество	10	0	0	2	3	3	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Албания	1998	Количество	61	0	1	42	9	4	4
		Уровень	3,6	—	—	9,7	—	—	—
Аргентина	1996	Количество	536	0	9	129	113	130	155
		Уровень	3,0	—	—	2,9	3,3	5,1	5,8
Армения	1999	Количество	18	0	0	0	4	3	11
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Беларусь	1999	Количество	531	0	4	83	113	142	189
		Уровень	8,5	—	—	7,7	9,5	16,1	15,4
Бельгия	1995	Количество	605	0	3	61	171	147	223
		Уровень	9,4	—	—	6,1	14,9	16,5	17,8
Болгария	1999	Количество	342	0	3	32	51	71	185
		Уровень	5,8	—	—	3,6	6,1	8,4	18,5
Босния и Герцеговина	1991	Количество	74	0	4	19	17	16	18
		Уровень	3,3	—	—	—	—	—	—
Бразилия	1995	Количество	1410	0	36	496	430	258	190
		Уровень	1,9	—	0,2	2,2	2,5	2,7	3,1
Канада	1997	Количество	767	0	12	156	255	208	136
		Уровень	4,6	—	—	5,1	6,7	7,8	5,0
Чили	1994	Количество	97	0	4	33	25	20	15
		Уровень	1,4	—	—	1,8	1,6	2,2	—
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	287	0	5	61	74	36	110
		Уровень	7,9	—	—	8,5	7,9	8,2	23,4
Избранные сельские и городские районы	1999	Количество	8788	0	64	1899	2304	1640	2881
		Уровень	14,0	—	0,8	11,8	15,6	18,3	39,5
Дания	1996	Количество	261	0	0	14	66	85	96
		Уровень	7,5	—	—	—	11,6	16,2	16,3
Колумбия	1995	Количество	267	0	10	153	63	29	11
		Уровень	1,4	—	—	2,8	1,6	1,4	—
Коста-Рика	1995	Количество	37	0	1	16	12	6	1
		Уровень	2,3	—	—	—	—	—	—
Куба	1997	Количество	628	0	6	130	157	151	184
		Уровень	10,6	—	—	9,5	11,9	16,6	25,1
Сальвадор	1991	Количество	153	0	13	103	18	11	8
		Уровень	5,3	—	—	12,5	—	—	—
Финляндия	1998	Количество	266	0	2	40	65	85	74
		Уровень	8,8	—	—	8,5	11,6	15,8	12,3
Хорватия	1999	Количество	273	0	1	18	41	65	148
		Уровень	8,6	—	—	—	8,1	15,0	28,8
Чешская Республика	1999	Количество	325	0	0	40	55	86	144
		Уровень	4,7	—	—	3,4	5,4	7,7	12,9
Эквадор	1996	Количество	197	0	17	130	30	14	6
		Уровень	3,2	—	—	7,7	2,7	—	—
Эстония	1999	Количество	93	0	0	10	17	22	44
		Уровень	8,9	—	—	—	—	15,3	23,4

ТАБЛИЦА А.9 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Венгрия	1999	Количество	3328	2550	0	11	283	693	815	749
		Уровень	26,9	45,7	—	—	24,3	67,5	84,5	98,2
Гайана	1994–1996	Количество	84	64	0	0	28	20	10	5
		Уровень	12,5	20,5	—	—	24,6	30,2	—	—
Германия	1999	Количество	11 160	8082	0	26	1087	2221	2032	2716
		Уровень	10,6	16,7	—	0,6	14,6	21,3	25,6	35,6
Греция	1998	Количество	403	315	0	0	61	69	69	116
		Уровень	3,1	4,9	—	—	5,2	6,1	7,3	10,7
Грузия	1992	Количество	204	151	0	0	35	37	29	50
		Уровень	3,9	6,4	—	—	6,4	7,4	8,3	16,9
Израиль	1997	Количество	379	301	0	2	95	70	44	90
		Уровень	6,5	10,8	—	—	12,8	12,9	11,4	26,9
Ирландия	1997	Количество	466	376	0	4	148	112	71	41
		Уровень	12,5	20,4	—	—	32,0	29,6	24,1	16,5
Исландия	1994–1996	Количество	28	24	0	0	8	6	5	4
		Уровень	10,4	17,5	—	—	—	—	—	—
Италия	1997	Количество	4694	3547	0	5	578	726	772	1466
		Уровень	6,2	9,9	—	—	9,3	11,4	14,3	26,0
Казахстан	1992	Количество	4004	3340	0	49	963	1172	711	445
		Уровень	27,9	50,3	—	3,2	49,4	72,2	79,3	76,9
Киргизская Республика	1999	Количество	559	460	0	12	138	162	94	54
		Уровень	14,0	23,9	—	—	20,6	33,5	45,6	34,0
Кувейт	1999	Количество	47	34	0	1	11	21	1	0
		Уровень	1,5	1,8	—	—	—	4,3	—	—
Латвия	1999	Количество	764	593	0	1	85	187	185	135
		Уровень	27,0	47,1	—	—	32,5	70,4	92,1	78,3
Литва	1999	Количество	1552	1287	0	8	237	410	413	219
		Уровень	38,4	69,2	—	—	57,8	97,9	144,1	88,1
Люксембург	1995–1997	Количество	72	53	0	0	8	16	14	15
		Уровень	14,7	22,5	—	—	—	—	—	—
Маврикий	1999	Количество	174	120	0	1	35	56	20	8
		Уровень	14,3	19,7	—	—	23,0	38,7	25,0	—
Мексика	1997	Количество	3369	2828	0	81	1350	731	365	300
		Уровень	3,9	6,9	—	0,8	9,5	8,6	8,0	10,6
Нидерланды	1999	Количество	1517	1015	0	7	165	321	276	246
		Уровень	8,3	11,3	—	—	10,5	16,5	17,5	20,0
Никарагуа	1996	Количество	230	147	0	6	76	41	13	11
		Уровень	5,9	8,4	—	—	11,8	12,0	—	—
Новая Зеландия	1998	Количество	574	442	0	9	170	126	71	66
		Уровень	15,0	23,6	—	—	41,5	29,4	22,1	25,3
Норвегия	1997	Количество	533	387	0	3	87	103	85	109
		Уровень	10,9	16,1	—	—	18,8	20,8	21,1	29,3
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	145	124	0	1	48	46	15	14
		Уровень	5,8	9,8	—	—	12,5	16,7	—	—
Парагвай	1994	Количество	109	82	0	4	30	18	14	15
		Уровень	3,2	5,1	—	—	4,8	—	—	—
Филиппины	1993	Количество	851	509	0	0	256	163	59	31
		Уровень	1,5	1,9	—	—	2,7	2,9	2,0	2,1
Франция	1998	Количество	10 534	7771	0	10	1036	2278	1863	2584
		Уровень	14,8	23,2	—	—	16,9	35,3	35,3	51,0
Япония	1997	Количество	23 502	15 906	0	34	1964	3064	5829	5015
		Уровень	14,5	20,7	—	0,5	14,4	25,4	42,2	42,3

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Венгрия	1999	Количество	778	0	1	54	138	199	386
		Уровень	10,7	—	—	4,8	13,5	18,6	31,8
Гайана	1994–1996	Количество	20	0	1	10	5	3	1
		Уровень	5,6	—	—	—	—	—	—
Германия	1999	Количество	3078	0	9	250	587	725	1507
		Уровень	5,1	—	—	3,5	6,0	9,2	13,7
Греция	1998	Количество	88	0	1	11	20	28	28
		Уровень	1,4	—	—	—	1,8	2,9	2,1
Грузия	1992	Количество	53	0	0	11	13	9	20
		Уровень	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Израиль	1997	Количество	78	0	0	12	20	7	39
		Уровень	2,4	—	—	—	3,5	—	9,0
Ирландия	1997	Количество	90	0	0	24	23	21	22
		Уровень	4,7	—	—	5,4	5,9	7,3	7,1
Исландия	1994–1996	Количество	5	0	0	1	0	1	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Италия	1997	Количество	1147	0	6	137	224	252	528
		Уровень	2,9	—	—	2,3	3,5	4,5	7,0
Казахстан	1992	Количество	664	0	10	187	163	136	167
		Уровень	8,7	—	—	9,8	9,7	13,1	16,6
Киргизская Республика	1999	Количество	99	0	2	34	22	9	32
		Уровень	4,7	—	—	5,2	4,5	—	13,9
Кувейт	1999	Количество	13	0	0	2	11	0	0
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Латвия	1999	Количество	171	0	0	19	32	43	76
		Уровень	10,0	—	—	—	11,9	17,9	23,5
Литва	1999	Количество	265	0	1	34	57	71	102
		Уровень	11,2	—	—	8,5	13,4	20,9	23,7
Люксембург	1995–1997	Количество	19	0	0	3	7	5	5
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Маврикий	1999	Количество	54	0	0	28	20	5	1
		Уровень	8,9	—	—	19,0	14,5	—	—
Мексика	1997	Количество	541	0	30	327	107	47	29
		Уровень	1,1	—	0,3	2,3	1,2	1,0	0,9
Нидерланды	1999	Количество	502	0	5	75	140	139	143
		Уровень	5,4	—	—	4,9	7,5	9,1	8,8
Никарагуа	1996	Количество	83	0	12	55	10	4	2
		Уровень	3,5	—	—	8,5	—	—	—
Новая Зеландия	1998	Количество	132	0	4	49	40	20	19
		Уровень	6,8	—	—	12,0	8,9	6,2	—
Норвегия	1997	Количество	146	0	0	25	43	43	35
		Уровень	5,9	—	—	5,6	9,1	11,0	7,1
Панама (исключая зону канала)	1997	Количество	21	0	0	9	5	4	3
		Уровень	1,7	—	—	—	—	—	—
Парагвай	1994	Количество	27	0	2	9	8	3	5
		Уровень	1,5	—	—	—	—	—	—
Филиппины	1993	Количество	342	0	0	226	64	27	24
		Уровень	1,2	—	—	2,5	1,1	0,9	1,3
Франция	1998	Количество	2763	0	9	277	679	740	1058
		Уровень	7,4	—	—	4,6	10,4	14,0	15,3
Япония	1997	Количество	7596	0	19	866	1110	2013	3588
		Уровень	8,5	—	—	6,6	9,4	14,4	23,2

ТАБЛИЦА А.9 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Великобритания	1999	Количество	4448	3443	0	4	777	1220	806	636
		Уровень	6,8	10,8	—	—	13,2	17,7	14,8	12,1
Англия и Уэльс	1999	Количество	3690	2840	0	2	598	989	700	551
		Уровень	6,3	9,9	—	—	11,5	16,2	14,4	11,8
Северная Ирландия	1999	Количество	121	103	0	0	45	39	12	7
		Уровень	7,3	12,5	—	—	23,8	21,5	—	—
Шотландия	1999	Количество	637	500	0	2	134	192	94	78
		Уровень	11,7	18,8	—	—	26,3	32,5	20,3	17,8
Испания	1998	Количество	3261	2499	0	4	490	545	439	1021
		Уровень	6,5	10,5	—	—	10,3	12,3	13,3	28,1
Корея, Республика	1997	Количество	6024	4162	0	31	966	1398	1012	755
		Уровень	12,8	18,8	—	0,9	14,6	22,3	30,5	43,1
Македония, БЮР	1997	Количество	155	115	0	1	13	34	24	43
		Уровень	7,4	11,3	—	—	—	15,1	15,3	33,6
Молдова, Республика	1999	Количество	579	482	0	6	72	149	155	100
		Уровень	15,5	28,1	—	—	16,1	38,6	58,2	51,2
Польша	1995	Количество	5499	4562	0	60	809	1625	1274	794
		Уровень	13,4	23,2	—	1,9	18,7	35,7	43,0	32,7
Португалия	1999	Количество	545	407	0	1	39	78	71	218
		Уровень	4,0	6,7	—	—	3,3	7,4	8,3	25,1
Пуэрто-Рико	1998	Количество	321	290	0	3	58	89	66	74
		Уровень	8,1	15,6	—	—	11,7	24,4	23,7	31,6
Российская Федерация	1998	Количество	51 770	42 785	0	335	9414	14 614	10 898	7524
Уровень		32,1	57,9	—	3,0	58,2	84,9	93,7	84,3	
Румыния	1999	Количество	2736	2235	0	35	357	599	703	541
		Уровень	10,8	18,5	—	2,2	12,8	25,4	37,1	30,3
Сингапур	1998	Количество	371	221	0	3	50	66	50	52
		Уровень	11,7	14,1	—	—	14,4	14,5	18,8	34,7
Словацкая Республика	1999	Количество	692	590	0	5	90	170	197	128
Уровень		11,5	20,8	—	—	13,2	28,5	42,5	38,9	
Словения	1999	Количество	590	453	0	4	61	119	128	141
		Уровень	24,6	40,3	—	—	27,7	52,3	65,3	95,0
США	1998	Количество	30 575	24 538	0	241	5718	7523	5218	5838
		Уровень	10,4	17,3	—	1,2	20,2	23,4	22,8	30,6
Таджикистан	1995	Количество	199	146	0	0	42	46	36	22
		Уровень	5,2	8,1	—	—	5,5	9,8	17,7	14,7
Таиланд	1994	Количество	2333	1631	0	1	743	473	257	158
		Уровень	4,1	5,9	—	—	8,1	7,6	8,1	8,2
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	148	118	0	2	35	35	28	18
		Уровень	12,6	19,5	—	—	19,3	23,8	34,7	—
Туркменистан	1998	Количество	406	322	0	15	133	101	62	11
		Уровень	10,4	16,9	—	—	20,3	22,5	34,8	—
Украина	1999	Количество	14 452	11 806	0	80	1922	3460	3514	2830
		Уровень	25,2	46,0	—	2,3	34,8	65,2	87,6	78,4
Швейцария	1996	Количество	1431	1010	0	4	187	248	251	320
		Уровень	16,7	25,1	—	—	27,0	28,9	37,0	55,0
Швеция	1996	Количество	1253	872	0	1	135	211	253	272
		Уровень	11,8	16,9	—	—	15,6	22,8	28,9	32,0

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^д	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Великобритания	1999	Количество	1005	0	1	169	292	246	297
		Уровень	2,9	—	—	3,0	4,4	4,5	4,3
Англия и Уэльс	1999	Количество	850	0	0	133	244	208	265
		Уровень	2,7	—	—	2,7	4,1	4,3	4,3
Северная Ирландия	1999	Количество	18	0	0	9	6	1	2
		Уровень	—	—	—	—	—	—	—
Шотландия	1999	Количество	137	0	1	27	42	37	30
		Уровень	4,7	—	—	5,5	7,1	7,7	5,0
Испания	1998	Количество	762	0	4	98	152	147	361
		Уровень	2,8	—	—	2,1	3,5	4,3	7,5
Корея, Республика	1997	Количество	1862	0	34	563	549	303	413
		Уровень	7,6	—	1,1	8,9	9,3	9,0	15,5
Македония, БЮР	1997	Количество	40	0	0	6	13	4	17
		Уровень	3,8	—	—	—	—	—	—
Молдова, Республика	1999	Количество	97	1	0	15	18	29	34
		Уровень	4,7	—	—	—	—	9,3	11,3
Польша	1995	Количество	937	0	6	121	286	245	279
		Уровень	4,2	—	—	2,9	6,3	7,7	7,6
Португалия	1999	Количество	138	0	3	12	23	16	84
		Уровень	1,9	—	—	—	2,1	—	7,1
Пуэрто-Рико	1998	Количество	31	0	0	10	7	6	8
		Уровень	1,5	—	—	—	—	—	—
Российская Федерация	1998	Количество	8985	0	79	1369	1893	1955	3689
		Уровень	9,4	—	0,8	8,8	10,8	14,5	21,6
Румыния	1999	Количество	501	0	4	77	101	129	190
		Уровень	3,6	—	—	2,9	4,3	6,4	8,0
Сингапур	1998	Количество	150	0	0	45	26	26	53
		Уровень	9,4	—	—	12,9	5,8	9,9	30,5
Словацкая Республика	1999	Количество	102	0	0	14	28	29	31
		Уровень	3,2	—	—	—	4,8	5,8	6,2
Словения	1999	Количество	137	0	0	14	24	48	51
		Уровень	10,6	—	—	—	10,5	24,6	22,4
США	1998	Количество	6037	0	83	1029	2076	1624	1225
		Уровень	4,0	—	0,4	3,7	6,4	6,7	4,8
Таджикистан	1995	Количество	53	0	0	22	13	8	10
		Уровень	2,5	—	—	2,8	—	—	—
Таиланд	1994	Количество	702	0	1	342	202	101	56
		Уровень	2,4	—	—	3,9	3,2	3,0	2,4
Тринидад и Тобаго	1994	Количество	30	0	0	18	8	1	3
		Уровень	5,0	—	—	—	—	—	—
Туркменистан	1998	Количество	84	0	3	47	14	10	10
		Уровень	4,1	—	—	7,1	—	—	—
Украина	1999	Количество	2646	0	14	275	484	645	1228
		Уровень	7,6	—	—	5,1	8,7	13,4	19,0
Швейцария	1996	Количество	421	0	0	47	97	110	167
		Уровень	9,1	—	—	6,8	11,6	16,3	20,7
Швеция	1996	Количество	381	0	2	43	76	126	134
		Уровень	6,9	—	—	5,2	8,6	14,8	12,2

ТАБЛИЦА А.9 (продолжение)

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^c	Всего ^{d,e}		Мужчины					
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет	
Венесуэла, БР	1994	Количество	1089	890	0	26	349	262	121	131
		Уровень	6,1	10,3	—	1,0	11,6	12,6	11,3	21,8
Узбекистан	1998	Количество	1620	1252	0	53	407	468	215	109
		Уровень	8,0	13,0	—	1,7	12,2	20,1	22,5	15,5
Уругвай	1999	Количество	318	251	0	3	42	54	65	87
		Уровень	9,6	16,4	—	—	11,8	19,0	27,5	39,4

Источник: WHO mortality database as of September 2001.

^a Самоубийства по классификации ВОЗ: ICD-10 X60–X84 (ICD-9 E950–E959)

^b Или среднее значение за три последних года, по которым имеется информация (в интервале 1990–2000 гг.) для стран с населением до 1 млн человек.

^c Количество — количество смертей; уровень (уровень смертности) — количество смертей на 100 000 человек. В тех случаях, когда возраст умершего не был известен, было проведено их пропорциональное распределение по возрастным группам, в зависимости от распределения случаев смерти в результате преднамеренных травм по группам населения. Численные значения округлялись до ближайших целых чисел. Любое расхождение в итоговых суммах обусловлено округлением. Уровень смертности не рассчитывался, если было зафиксировано менее 20 смертных случаев. Данные по населению, которые использовались при вычислении уровней смертности, можно найти на сайте ВОЗ <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Стандартизировано по возрасту.

^e Суммарный показатель для мужчин и женщин.

Страна или территория	Год	ПОКАЗАТЕЛЬ ^с	Женщины						
			Все возрасты ^d	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–44 года	45–59 лет	>60 лет
Венесуэла	1994	Количество	199	0	9	98	49	23	20
		Уровень	2,1	—	—	3,3	2,4	2,1	2,9
Узбекистан	1998	Количество	368	0	7	208	80	28	45
		Уровень	3,3	—	—	6,3	3,3	2,8	4,7
Уругвай	1999	Количество	67	0	3	13	9	11	30
		Уровень	3,7	—	—	—	—	—	10,5

ТАБЛИЦА А.10

Смертность, связанная с применением огнестрельного оружия, по типам смерти^а и странам, за последний год, по которому имеется информация (в интервале 1990–2000^б г.)

Страна или территория	Год	Показатель ^с	Всего	Смерти, связанные с применением огнестрельного оружия			
				Преднамеренное убийство	Самоубийство	Непреднамеренное убийство	Причина не установлена
Австралия	1998	Количество	334	56	248	23	7
		Уровень	1,8	0,3	1,3	0,1	—
Австрия	1999	Количество	293	17	272	3	1
		Уровень	3,6	—	3,4	—	—
Албания	1998	Количество	741	591	98	50	2
		Уровень	22,1	17,6	2,9	1,5	—
Бельгия	1995	Количество	379	59	289	2	29
		Уровень	3,7	0,6	2,9	—	0,3
Болгария	1999	Количество	133	51	55	20	7
		Уровень	1,6	0,6	0,7	0,2	—
Великобритания	1999	Количество	197	45	140	6	6
		Уровень	0,3	0,1	0,2	—	—
Англия и Уэльс	1999	Количество	159	23	115	6	15
		Уровень	0,3	0,0	0,2	—	—
Северная Ирландия	1999	Количество	28	15	11	0	2
		Уровень	1,7	—	—	—	—
Шотландия	1999	Количество	25	7	14	0	4
		Уровень	0,5	—	—	—	—
Венгрия	1999	Количество	129	31	96	1	1
		Уровень	1,3	0,3	1,0	—	—
Германия	1999	Количество	1201	155	906	16	124
		Уровень	1,5	0,2	1,1	—	0,2
Греция	1998	Количество	194	74	86	34	0
		Уровень	—	—	—	—	—
Дания	1996	Количество	101	15	80	4	2
		Уровень	1,9	—	1,5	—	—
Израиль	1997	Количество	161	15	73	0	73
		Уровень	2,8	—	1,3	—	1,3
Ирландия	1997	Количество	54	7	44	3	0
		Уровень	1,5	—	1,2	—	—
Исландия	1994–1996	Количество	7	1	5	0	1
		Уровень	—	—	—	—	—
Испания	1998	Количество	352	85	224	43	0
		Уровень	0,9	0,2	0,6	0,1	—
Италия	1997	Количество	1171	463	626	38	44
		Уровень	2,0	0,8	1,1	0,1	0,1
Канада	1997	Количество	1034	159	818	45	12
		Уровень	3,4	0,5	2,7	0,1	—
Китай (ОАР Гонконг)	1996	Количество	6	3	3	0	0
		Уровень	—	—	—	—	—
Корея, Республика	1997	Количество	59	19	22	9	9
		Уровень	0,1	—	0,0	—	—
Кувейт	1999	Количество	16	16	0	0	0
		Уровень	—	—	—	—	—
Латвия	1999	Количество	92	34	47	5	6
		Уровень	3,8	1,4	1,9	—	—
Литва	1999	Количество	67	18	35	4	10
		Уровень	1,8	—	0,9	—	—
Люксембург	1995–1997	Количество	12	1	9	0	2
		Уровень	—	—	—	—	—
Македония, БЮР	1997	Количество	41	20	16	5	0
		Уровень	2,1	1,0	—	—	—
Мальта	1997–1999	Количество	7	4	2	1	0
		Уровень	—	—	—	—	—

ТАБЛИЦА А.10 (продолжение)

Страна или территория	Год	Показатель ^c	Всего	Смерти, связанные с применением огнестрельного оружия			
				Преднамеренное убийство	Самоубийство	Непреднамеренное убийство	Причина не установлена
Молдова	1999	Количество	68	45	7	9	7
		Уровень	1,9	1,2	—	—	—
Нидерланды	1999	Количество	131	75	51	5	0
		Уровень	0,8	0,5	0,3	—	—
Новая Зеландия	1998	Количество	84	4	72	6	2
		Уровень	2,2	—	1,9	—	—
Норвегия	1997	Количество	139	10	127	2	0
		Уровень	3,2	—	2,9	—	—
Португалия	1999	Количество	202	61	62	2	77
		Уровень	2,0	0,6	0,6	—	0,8
Румыния	1999	Количество	73	19	24	26	4
		Уровень	0,3	—	0,1	0,1	—
Сингапур	1998	Количество	6	0	5	1	0
		Уровень	—	—	—	—	—
Словацкая Республика	1999	Количество	171	43	88	20	20
		Уровень	3,2	0,8	1,6	0,4	0,4
Словения	1999	Количество	61	9	49	2	1
		Уровень	3,1	—	2,5	—	—
США	1998	Количество	30 419	11 802	17 432	866	319
		Уровень	11,3	4,4	6,4	0,3	0,1
Таиланд	1994	Количество	2434	2184	158	84	8
		Уровень	4,2	3,8	0,3	0,1	—
Финляндия	1998	Количество	295	22	267	3	3
		Уровень	5,7	0,4	5,2	—	—
Франция	1998	Количество	2964	170	2386	68	340
		Уровень	5,0	0,3	4,1	0,1	0,6
Хорватия	1999	Количество	226	69	145	11	1
		Уровень	5,0	1,5	3,2	—	—
Чешская Республика	1999	Количество	259	46	185	17	11
		Уровень	2,5	0,4	1,8	—	—
Швеция	1996	Количество	183	11	163	3	6
		Уровень	2,1	—	1,8	—	—
Эстония	1999	Количество	71	31	32	1	7
		Уровень	4,9	2,1	2,2	—	—

Источник: WHO mortality database as of September 2001.

^a Преднамеренное убийство в результате выстрела — ICD-10 X93–X95 (ICD-9 E965); самоубийство в результате выстрела — ICD-10 X72–X74 (ICD-9 E955); непреднамеренное убийство в результате выстрела — ICD-10 W32–W34 (ICD-9 E922); смерть по невыясненным причинам в результате выстрела — ICD-10 Y22–Y24 (ICD-9 E985).

^b Или среднее значение за три последних года, по которым имеется информация (в интервале 1990–2000 гг.) для стран с населением до 1 млн человек.

^c Количество — количество смертей; уровень (уровень смертности) — количество смертей на 100 000 человек. Уровень смертности не рассчитывался, если было зафиксировано менее 20 смертных случаев. Данные по населению, которые использовались при вычислении уровней смертности, можно найти на сайте ВОЗ <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Ресурсы Интернета

Ниже приводится список ресурсов, имеющих отношение к теме насилия. В основном это интернет-адреса организаций, занимающихся исследованием проблемы насилия, его предотвращением и правозащитной деятельностью. Нашей целью было скорее привести несколько примеров по этой теме, чем дать исчерпывающий список ресурсов. Все веб-сайты были проверены на предмет их надежности и содержания. Раздел 1 содержит список метасайтов, раздел 2 — список веб-сайтов по видам насилия и раздел 3 — список веб-сайтов более общего характера, которые могут быть полезны тем, кто занимается исследованиями в области насилия, его предотвращением и правозащитной деятельностью.

Раздел 1. Метасайты, имеющие отношение к проблеме насилия

Ниже приводятся пять метасайтов, которые в совокупности предоставляют доступ к сотням веб-сайтов организаций во всем мире, занимающихся проблемой насилия. Дается краткое описание каждого сайта.

Отдел ВОЗ по предотвращению травм и насилия: внешние ссылки (WHO Department of Injuries and Violence Prevention: external links)

http://www.who.int/violence_injury_prevention/externallinks.htm

Отдел ВОЗ по предотвращению травм и насилия предлагает обширный список внешних ссылок на организации, занимающиеся исследованиями в области насилия, его предотвращением и правозащитной деятельностью. Веб-сайты этих организаций расположены по регионам, странам, видам насилия и другим темам.

Ссылки по теме: экономика в условиях гражданских войн, преступности и насилия (Economics of Civil Wars, Crime and Violence: related links)

<http://www.worldbank.org/research/conflict>

Источник этих ссылок, которые предоставляют доступ к веб-сайтам, посвященным изучению конфликтов, — веб-сайт Всемирного банка. Здесь можно ознакомиться с политическими и экономическими показателями, которые имеют страны, в которых происходили внутренние насильственные конфликты; найти информацию об организациях и учреждениях, которые занимаются разрешением этих конфликтов; на некоторых сайтах рассказывается об истории возникновения конкретных случаев внутренних конфликтов и дается их анализ.

Сеть информационных ресурсов по контролю травмам (Injury Control Resource Information Network)

<http://www.injurycontrol.com/icrin>

Сеть информационных ресурсов по борьбе с травматизмом предлагает постоянно обновляющийся список ключевых ресурсов в области исследования и борьбы с травматизмом и насилием, доступных через Интернет. Сайты расположены по категориям, в том числе — данные и статистика, последние исследования, образование и тренинги. Большинство из них — сайты федеральных органов США и органов штатов, однако несколько сайтов представляют и другие страны.

Сеть по предотвращению травматизма (Injury Prevention Web)

<http://www.injuryprevention.org>

Сеть по предотвращению травматизма содержит более 1400 ссылок на веб-сайты по предотвращению травматизма и насилия во всем мире. Сайты расположены по алфавиту и по категориям, таким как предотвращение насилия, предотвращение самоубийств, войн и конфликтов. Кроме того, предлагается литература, обновляемая еженедельно, в том числе последние статьи из журналов, доклады организаций и обзоры книг; также приводится список вакансий по трудоустройству в области исследований травм и насилия.

Центр против насилия и жестокого обращения в Миннесоте: электронный депозитарно-распределительный документационный центр (Minnesota Center Against Violence and Abuse: electronic clearing house)

<http://www.mincava.umn.edu>

Центр в Миннесоте предлагает статьи, печатные материалы и другие ресурсы, а также ссылки на веб-сайты по широкому кругу тем, связанных с насилием, включая плохое обращение с детьми, пожилыми, насилие, исходящее от преступных группировок. Кроме того, сайт располагает базой данных, включающей более 700 учебников, видеоматериалов и других образовательных ресурсов.

Раздел 2. Веб-сайты по проблеме насилия

В таблице 1 содержится список веб-сайтов, в котором в основном представлены веб-страницы организаций, занимающихся вопросами насилия, расположенные по видам насилия. Они не только предоставляют информацию о самих организациях, но и охватывают множество вопросов, имеющих отношение к насилию.

ТАБЛИЦА 1

Веб-сайты по проблеме насилия

Тип насилия	Веб-сайт
Жестокое обращение с ребенком и отсутствие заботы	
Casa Alianza: Covenant House Latin America (Casa Alianza: Дом согласия Латинской Америки)	http://www.casa-alianza.org/EN/index-en.shtml
Child Abuse Prevention Network (Сеть по предупреждению жестокого обращения с детьми)	http://child-abuse.com
Great Lakes Area Regional Resource Center: Early Prevention of Violence Database (Центр ресурсов региона Великих озер: база данных по раннему предупреждению насилия)	http://www.glarcc.org/Resources/EPVD.cfm
International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (Международное общество по предупреждению жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы)	http://www.ispcan.org
Minnesota Center Against Violence and Abuse (Центр Миннесоты против насилия и жестокого обращения)	http://mincava.umn.edu
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Convention on the Rights of the Child (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека: Конвенция о правах ребенка)	http://unhchr.ch/html/menu2/6/crc.htm
United Nations Children's Fund (Детский фонд ООН, ЮНИСЕФ)	http://www.unicef.org
Innocenti Research Center (Исследовательский центр Innocenti)	http://www.unicef-icdc.org
Коллективное насилие	
Centre for the Study of Violence and Reconciliation (Центр по изучению насилия и разрешению конфликтов)	http://wits.ac.za/csvr
Correlates of War Project	http://www.umich.edu/~cowproj
Global Internally Displaced Persons Project (Всемирный проект по поддержке внутренне перемещенных лиц)	http://www.idproject.org
International Relation and Security Network: Security Watch (Сеть по международным отношениям и наблюдению за безопасностью)	http://www.isn.ethz.ch/infoservice
Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Управление по координации гуманитарной деятельности)	http://reliefweb.int/ocha_ol
Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев, УВКБ)	http://www.unhcr.ch
Stockholm International Peace Research Institute (Стокгольмский международный исследовательский институт мира)	http://www.sipri.se

ТАБЛИЦА 1.1 (продолжение)

Тип насилия	Веб-сайт
Жестокое обращение с пожилыми людьми	
Action of Elder Abuse (Организация по борьбе с жестоким обращением с пожилыми людьми)	http://www.elderabuse.org.uk
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (Канадская сеть по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми)	http://www.mun.ca/elderabuse
HelpAge International (Международная организация помощи пожилым людям)	http://www.helpage.org
International Network for the Prevention of Elder Abuse (Международная сеть по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми)	http://www.inpea.net
National Center on Elder Abuse (Национальный центр по вопросам жестокого обращения с пожилыми людьми)	
National Committee for the Prevention of Elder Abuse (Национальный комитет по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми)	http://preventelderabuse.org/index.html
Самоубийства	
American Association of Suicidology (Американская ассоциация суицидологии)	http://www.suicidology.org
Australian Institute for Suicide Research and Prevention (Австралийский институт по изучению и предупреждению суицида)	http://www.gu.edu.au/school/aisrap
National Strategy for Suicide Prevention (Национальная стратегия по предупреждению суицида)	http://www.mentalhealth.org/suicideprevention
Suicide Information and Education Centre/Suicide Prevention Training Programmes (Образовательный и информационный центр по проблемам суицида/ Тренинговые программы по предупреждению суицида)	http://www.suicideinfo.ca
The Suicidology Web: Suicide and Parasuicide (Суицидология в Интернете: суицид и парасуицид)	http://www.suicide-parasuicide.rumos.com
Насилие над женщинами	
Global Alliance Against Traffic in Women (Мировой альянс против продажи женщин)	http://www.inet.co.en/org/gaatw
International Center for Research on Women (Международный исследовательский центр по проблемам женщин)	http://icrw.org
Latin American and Caribbean Women's Health Network (Сеть Латинской Америки и Карибского региона по проблемам женского здоровья)	http://www.reddesalud.web.cl
National Sexual Violence Resource Center (Национальный центр ресурсов по сексуальному насилию)	http://www.nsvrc.org
Network of East-West Women (Сеть женщин Восток-Запад)	http://www.neww.org/index.html
Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Women's Rights are Human Rights (Управление Верховного комиссара ООН по правам человека: права женщин — права человека)	http://www.unhchr.ch/women/index.html
Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women (Исследовательская, практическая и информационная сеть за физическую целостность женщин)	http://www.rainbo.org
United Nations Development Fund for Women (Фонд ООН для развития в интересах женщин)	http://www.undp.org/unifem
United Nations Development Programme: Gender in Development (Программа развития ООН: вопросы гендерного развития)	http://www.undp.org/gender
Women Against Violence Europe (Женщины Европы против насилия)	http://www.wave-network.org
Насилие в молодежной среде	
Center for the Prevention of School Violence (Центр по предупреждению насилия в школах)	http://www.ncsu.edu/cpsv
Center for the Study and Prevention of Violence (Центр по изучению и предупреждению насилия)	http://www.colorado.edu/cspv
Inter-American Development Bank: Violence Prevention (Межамериканский банк развития: предупреждение насилия)	http://www.iadb.org/sds/SOC/site_471_e.htm
National Center for Injury Prevention and Control (Национальный центр по предупреждению и борьбе с травматизмом)	http://www.cdc.gov/ncipc
National Criminal Justice Reference Service (Справочная служба Национального уголовного суда)	http://www.ncjrs.org/intl/www.html
Partnership Against Violence Network (Партнерская сеть против насилия)	http://pavnet.org
TMR Network Project: Nature and Prevention of Bullying	http://www.goldsmyths.ac.uk/tmr
United Nations Crime and Justice Information Network (Информационная сеть ООН по вопросам преступности и правосудия)	http://www.unjcin.org/Statistics.html

Раздел 3. Прочие веб-сайты

В таблице 2 перечисляются прочие веб-сайты, которые могут быть полезны тем, кто занимается исследованием проблемы насилия, его предотвращением и правозащитной деятельностью. Они охватывают широкий контекст насилия, в том числе экономическое и социальное развитие, права человека и преступность, а также включают ряд соответствующих механизмов, способствующих улучшению понимания проблемы травматизма, связанного с насилием.

ТАБЛИЦА 2

Прочие веб-сайты

Организация	Веб-сайт
Amnesty International (Международная Амнистия)	http://www.amnesty.org/
Campbell Collaboration's Crime and Justice Coordinating Group (Группа сотрудничества Кэмпбелла по координации вопросов преступности и правосудия)	http://www.aic.gov/au/campbellcj/
Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Injury Prevention and Control (Центры по контролю и предупреждению болезней: национальный центр по предупреждению и борьбе с травматизмом)	http://www.cdc.gov/ncipc http://www.cdc.gov/ncipc/pub_res/intimate.htm (Наблюдение за интимным партнером: единые элементы и рекомендуемые элементы данных)
Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violencia e Saude	http://www.ensp.fiocruz.br/claves/html
Economic and Social Research Council: Violence Research Programme (Совет по экономическим и социальным исследованиям: программа исследований в области насилия)	http://www.1.rhnc.ac.uk/sociopolitical-science/vrp/realhome.htm
Human Rights Watch	http://www.hrw.org/
Institute for Security Studies (Институт по изучению проблем безопасности)	http://www.iss.co/za
Inter-American Coalition for the Prevention of Violence (Межамериканская коалиция по предупреждению насилия)	http://www.iacpv/org
International Action Network on Small Arms (Международная сеть действий по запрещению использования стрелкового оружия)	http://www.iansa.org
International Campaign to Ban Landmines (Международная Кампания по запрету противопехотных мин)	http://www.icbl.org/
International Center for the Prevention of Crime (Международный центр по предупреждению преступлений)	http://www.crime-prevention-intl.org
International Labour Organization (Международная организация труда, МОТ)	http://www.ilo.org
Medical Research Council of South Africa: Crime, Violence and Injury Lead Programme (Медицинский исследовательский совет Южной Африки: ведущая программа по борьбе с преступностью, насилием и травматизмом)	http://www.mrc.ac.za/crime/crime.htm
National Library of Medicine: Entrez PubMed (Национальная медицинская библиотека: Entrez PubMed)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
Pan American Health Organization: Prevention of Violence and Injuries (Всеамериканская организация здравоохранения: предупреждение насилия и травматизма)	http://www.paho.org/English/hcp/hcn/violence-unit-page.htm http://www.paho.org/English/HCP/HCN/guidelines-eng.htm (Руководство по эпидемиологическому наблюдению за насилием и травмами в Южной и Северной Америке)
Red Andina de Prevencion de Violencia	http://www.redandina.org
Trauma.org	http://www.trauma.org/trauma.html
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, ЮНЕСКО)	http://www.unesco.org
United Nations Human Settlements Programme (Программа ООН по населенным пунктам, Хабитат)	http://www.unhabitat.org/default.asp
United Nations Institute for Disarmament Research (Институт ООН по исследованию проблем разоружения ЮНИДИР)	http://www.unog.ch/unidir
United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (Межрегиональный научно-исследовательский институт ООН по вопросам преступности и правосудия ЮНИКРИ)	http://www.unicri.it
United Nations Office of Drug Control and Crime Prevention (Управление ООН по контролю над наркотическими средствами и предупреждению преступности УНКПП)	http://www.odccp.org/crime_prevention.html
United Nations Population Fund (Фонд ООН в области народонаселения ЮНФПА)	http://www.unfpa.org
United Nations Research Institute for Social Development (Научно-исследовательский институт социального развития при ООН ЮНРИСД)	http://www.unrisd.org
University of Peace (Университет мира)	http://www.upeace.org
World Health Organization (Всемирная организация здравоохранения ВОЗ)	http://www.who.int/ http://www.who.int/violence_injury_prevention/pdf/injury_guidelines.pdf (Руководство по наблюдению за травматизмом)

Читателям, не имеющим доступа к Интернету, департамент ВОЗ по предупреждению травматизма и насилия будет рад предоставить полные почтовые адреса организаций, перечисленных выше.

Просим обращаться в департамент по следующему адресу:

Департамент по предупреждению травматизма и насилия

Всемирная организация здравоохранения

20 Avenue Appia

1211 Geneva 27

Switzerland

Тел.: +41 22 791 3480

Факс: +41 22 791 4332

Email: vip@who.int

Предметный указатель*

А

- Австралия
 - количество самоубийств 203
- Агрессивность родителей 35
- Агрессия 27, 32, 41–42, 137
- Азия
 - убийства 27
 - физическое насилие над женщинами 96–97
- Алкоголь
 - доступность **47**
 - злоупотребление 13, 33, 104, 199
- Альцгеймера болезнь 198
- Американская коалиция по предупреждению насилия 260
- Американский регион (см. Северная и Южная Америка)
- Антидепрессанты
 - передозировка при самоубийствах 205
- Антиретровирусные препараты 173
- Апартеид 232
- Арест 33–34, 38–39, 79
- Африка (Африканский регион) 12
 - беженцы 234
 - внутренние мигранты 234
 - десять ведущих причин смерти в результате насилия, статистика 294–307
 - население, статистика 270–276
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по регионам 279–281
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по странам 308–315
 - оценка смертности в результате самоубийств, по регионам 286–289
 - оценка смертности в результате самоубийств, по странам 322–329
 - оценка смертности в результате травм, полученных во время войн 290–293
 - оценка смертности в результате убийств, по регионам 282–286
 - оценка смертности в результате убийств, по странам 316–321
 - самоубийства 12
 - убийства 12
 - физическое насилие над женщинами 96–97

- Афроамериканцы
 - уровень самоубийств 204

Б

- Банды 37–38, 223
- Безопасность для гражданского населения 223
- Беженцы 231, 234
 - в результате конфликтов 231, 233–234
 - медицинская помощь 236
- Безработица 39
 - как фактор риска самоубийств 203
- Беременность
 - нежелательная 13, 168–169
 - осложнения 34
- Ближний Восток 234
- Больницы 210
- Борьба с бедностью 43, 45, 49
- Борьба с мировой торговлей наркотиками и оружием **262**
- Борьба с преступностью (см. Преступность)
- Босния и Герцеговина 224
 - вооруженный конфликт 224, 239
- Брак
 - Влияние на уровень самоубийств 204
- Буддизм
 - Влияние на уровень самоубийств 203
- Бутрос Бутрос-Гали, бывший Генеральный секретарь ООН 244
- Бывшая Югославская Республика Македония 239

В

- Великобритания
 - НПО «Action on Elder Abuse» 141
- Взаимоотношения 14, 44–45
- Взрослые, подвергшиеся насилию в детстве 78
- Видеоигры 40
- Видеофильмы 40
- «Визуализация» мозга 211
- Виновники насилия 35, 71–72 (см. также Родители)
 - лечение 79
 - работа с виновниками насилия **112**
 - характеристики 71–72
- Вирус иммунодефицита человека/
 - Синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) 13, 107–108, 132, 169–170, 173

* Номера, выделенные полужирным шрифтом, обозначают основные разделы и определения.

- профилактика 173
 - риск заражения 173
 - тестирование 173
 - у беженцев 231, 233–234
 - Власть 39
 - борьба с насилием на разных уровнях власти 18
 - глобальный уровень 18
 - запугивание 5
 - использование власти 5
 - местный уровень 18
 - национальный уровень 18, 39
 - неоказание помощи 5
 - отсутствие заботы 5
 - угрозы 5
 - Вмешательства 240
 - Внутренние конфликты 228
 - влияние на здоровье 230–231
 - демографические факторы **229–230**
 - увеличение заболеваемости 230
 - увеличение инвалидности 230
 - увеличение смертности 230
 - доступность оружия 230
 - на уровне общества и общин 229, 230
 - показатели риска 228
 - политические факторы 228–229
 - технический уровень оружия 230
 - увеличение плотности населения 230
 - финансовые проблемы 229
 - экономические факторы 228–229
 - Внутренние мигранты 233 (*см. также* Беженцы)
 - Водоснабжение 235
 - Возраст 10
 - факторы риска 70
 - старение населения 131
 - Война в Персидском заливе 226
 - Война между Ираком и Исламской Республикой Иран 226
 - Войны 223–224, 226
 - Вооруженные и террористические организации 6
 - Вооруженные конфликты 7, 224, 226 (*см. также* Внутренние конфликты)
 - в Анголе 226
 - в Афганистане 226
 - в Бангладеш 226
 - в Боснии и Герцеговине 224
 - в Восточном Тиморе 225
 - в Демократической Республике Конго 225
 - в Руанде 224
 - природа 226
 - факторы риска 228
 - Восточная Азия
 - беженцы 234
 - внутренние мигранты 234
 - Восточная Европа
 - убийства, по странам 29
 - Восточное Средиземноморье, регион
 - десять ведущих причин смерти в результате насилия, статистика 294–307
 - население, статистика 270–276
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по регионам 279–281
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по странам 308–315
 - оценка смертности в результате самоубийств, по регионам 286–289
 - оценка смертности в результате самоубийств, по странам 322–329
 - оценка смертности в результате травм, полученных во время войн 290–293
 - оценка смертности в результате убийств, по регионам 282–286
 - оценка смертности в результате убийств, по странам 316–321
 - самоубийства 12
 - убийства 12
 - физическое насилие над женщинами 96–97
 - Восточный Тимор 225
 - вооруженный конфликт 225
 - Всеамериканская организация здравоохранения (РАНО) 238
 - веб-сайты **336**
 - Инициатива «Здоровье — мост к миру» 238
 - Всемирная ассамблея здравоохранения 6, 223, 238
 - Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 6, 10, 64
 - веб-сайты **336**
 - глобальная инициатива по предупреждению самоубийств 210
 - оценка смертности от травм, связанных с войной 225
 - совещание по предупреждению насилия над детьми 63
 - статистика 270–231
 - Всемирный банк 18
 - Вторая мировая война 224, 226, 228
- Г**
- Газовая детоксикация 208–209
 - влияние на уровень самоубийств
 - Гендерное неравенство 17
 - Геноцид 223–224
 - конвенция о предупреждении геноцида и наказании за него 224
 - определение **224**
 - Гербициды
 - использование для самоубийств 202
 - Глобализация 15, 229
 - выгоды 236
 - исследования влияния 256
 - риск конфликтов 229
 - Глобальная инициатива по предупреждению самоубийств 210
 - Годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY's) 294–307
 - Гомосексуалисты
 - самоубийства 201

Города 4
 участие городских властей 4
 Госпитализация 206
 Государственное насилие 7, 223 (*см. также*
 Коллективное насилие)
 Гражданское население 233
 принцип избирательности 233
 принцип пропорциональности 233
 Группы лиц 5, 16
 Группы поддержки 209
 Группы риска 16
 Гуманитарная помощь 223, 245
 Гуманитарные организации 245
 Гуманитарный кризис 223

Д
 Демократическая Республика Конго
 вооруженный конфликт 225
 Депрессия 13, 198
 Дети (*см. также* Жестокое обращение с детьми)
 ненасильственные методы воспитания 69
 отсутствие заботы **63–83**
 участие в военных действиях 243–244
 последствия для здоровья 243–244
 Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 18, 231
 Доверие 38
 Домашнее насилие 8, 71, 115
 Доступ
 ограничение доступа к пестицидам 211
 ограничение доступа к средствам
 совершения самоубийств 208
 Драки 31, 33

Е
 Европа (Европейский регион)
 беженцы 234
 десять ведущих причин смерти в результате
 насилия, статистика 294–307
 население, статистика 270–276
 оценка смертности в результате
 преднамеренных травм, по регионам
 279–281
 оценка смертности в результате
 преднамеренных травм, по странам
 308–315
 оценка смертности в результате самоубийств,
 по регионам 286–289
 оценка смертности в результате самоубийств,
 по странам 322–329
 оценка смертности в результате травм,
 полученных во время войн 290–293
 оценка смертности в результате убийств, по
 регионам 282–286
 оценка смертности в результате убийств, по
 странам 316–321
 самоубийства 12
 убийства 12, 27
 Физическое насилие над женщинами
 96–97
 Европейский союз 20

Ж
 Женевские конвенции 224
 Женщины 12 (*см. также* Сексуальное насилие)
 жестокое обращение 97
 наказания 100
 насилие со стороны интимного партнера
 95–96, 157–159
 обучение навыкам самозащиты 116
 реакция женщин на насилие 102
 поддержка жертв насилия 110
 привлечение к борьбе с насилием 117
 убийства 99
 Жертвы
 коллективного насилия 232
 пыток 227
 Жестокое обращение 63–85, 97
 психологическое 5, 63
 социальное 5
 физическое 5, 63, 95–96
 Жестокое обращение с детьми 7, 16, **63–85**
 (*см. также* Дети. Помощь)
 без летального исхода 64–66
 веб-сайты 334
 виды 63
 встряхивание 67
 выявление 77
 защита **79**
 избиения 65
 определение 63
 последствия 73–74
 психические расстройства 73
 сексуальные проблемы 74
 ухудшение здоровья 73–74
 предотвращение 66, 74–75, 81–84
 (*см. также* Предотвращение насилия)
 рекомендации 82
 сексуальное насилие 65, 67–60–68
 с летальным исходом **64–66**
 факторы риска 69–73, 85
 физические наказания 67
 физическое насилие **66–67**
 характеристики воспитателя **71–72**
 шлепань 67
 юридические меры **78–80**
 эмоциональное и психологическое насилие
 69–70
 Жестокое обращение с пожилыми людьми 7,
131–149
 веб-сайты **335**
 в семье 135, 139
 в учреждениях для оказания длительного
 ухода 135, 139
 законодательство 148
 информирование общественности 145–147
 медицинский уход 143–144
 международная сеть по предупреждению
 плохого обращения с пожилыми 132, 142
 научные исследования 147
 обвинения в колдовстве 133–134
 образовательные программы 145–146

- определение 132–133, 135
отсутствие ухода 133, 135, 139
оценка эффективности вмешательства 147–148
последствия 138–140
предупреждение 140–145
причины **147–148**
программы с участием самих пожилых людей 149
психологическое и эмоциональное насилие 133, 135
рекомендации **147–149**
роль СМИ 146
сексуальное насилие 133, 135
социальные службы 142–143
традиции 133, 148
факторы риска **136–140**
физическое насилие 133, 135
финансовое и материальное насилие 133
- Жилье
ухудшение жилищных условий 39
- З**
Забастовки 39
Заболеемость 8, 230–231
конфликты 230–231
Заболевания, передаваемые половым путем 13, 169 (см. также ВИЧ/СПИД)
Законодательство 110–111
Занятость 38, 203
Западное Самоа
уровень самоубийств, связь с применением параквата 208
Западно-Тихоокеанский регион
десять ведущих причин смерти в результате насилия, статистика 294–307
население, статистика 270–276
оценка смертности в результате преднамеренных травм, по регионам 279–281
оценка смертности в результате преднамеренных травм, по странам 308–315
оценка смертности в результате самоубийств, по регионам 286–289
оценка смертности в результате самоубийств, по странам 322–329
оценка смертности в результате травм, полученных во время войн 290–293
оценка смертности в результате убийств, по регионам 282–286
оценка смертности в результате убийств, по странам 316–321
самоубийства 12
убийства 12
физическое насилие над женщинами 96–97
- Заразные заболевания 132
Зеленые карточки 206
Знания 52
- И**
Избиения 65, 100, 104
Изнасилования (см. Сексуальное насилие)
Иммиграция 202
Инвалидность 27, 230, 232
конфликты 230, 232
Инвестиции 251
Индуизм
влияние на уровень самоубийств 203
Интернет 40
Инфекционные заболевания 231
беженцы 231
конфликты 231
Информация **8–10**, 257–259
виды 8
данные о смертности 8
демографическая 9
источники **9**
качество **9–10**
системы сбора информации **50**, 139, 225, 242
обмен информацией по вопросам предотвращения насилия 259
распространение 240
расширение сбора данных 255–256
регистрация случаев насилия 240
улучшение данных 83, 210, 255–256
- Инфраструктура 235
влияние конфликтов 235
- Исследовательский институт ООН по вопросам межрегиональной преступности и права 18
- К**
Кавказский регион 239
Канада
Канадская сеть по предупреждению жестокого обращения с престарелыми 141
Карибский бассейн
убийства 27
физическое насилие над женщинами 96–97
Католицизм
как фактор защиты от самоубийств 204
Китай
политика «большого скачка», смертность 226
Когнитивная поведенческая терапия 206
Когнитивно-нейропсихологические тесты 35
Кодекс поведения гуманитарных организаций 239
Коллективное насилие **6–7**, **223–245**
веб-сайты 334
данные 225
научные исследования 242
масштабы **225–226**
определение 223
политическое 7
предотвращение 236
рекомендации **242–245**
социальное 7
участие общин 240
факторы риска 228
формы 223

экономическое 7
 Колумбия 4
 Программа ДЕСЕПАС 4
 Комиссия Карнеги по предупреждению смертоносных конфликтов 228
 Комплексные чрезвычайные обстоятельства 223
 Конвенции ООН (*см. также* Международные договоры)
 о правах ребенка 68, 82–84, 262
 Факультативные протоколы, касающиеся участия детей в вооруженных конфликтах и торговли детьми, детской проституции и детской порнографии 262;
 о предупреждении геноцида и наказании за него 224, 262
 по борьбе с транснациональной организованной преступностью 177
 по искоренению всех форм расовой дискриминации 262
 по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 177
 против пыток 177, 227, 262
 Консультации
 для пациентов с суицидальным поведением 207
 телефонные 206
 Конфиденциальность 10
 Кофи Аннан, Генеральный секретарь ООН 261
 Культурные нормы и традиции 17
 Курение 13

Л

Латинская Америка 13
 исследования последствий насилия 13
 убийства 27
 физическое насилие над женщинами 96–97
 Литва 203
 Лица, перемещенные внутри страны 233
 Лица, подвергающиеся насилию 7
 Личностные расстройства **104–105**, 205
 Личностные расстройства из кластера “Б”
 Личность 13

М

Малярия 238
 Медицинская помощь 16, 30, 143–144
 беженцам 236
 во время конфликтов 237
 выявление жестокого обращения с детьми 77
 доступ 237
 методы 76
 скрининг 143
 тренинги для работников здравоохранения 76–77, 173, 180, 238
 Медицинский сектор
 участие в борьбе с насилием 253–254
 Межамериканский банк развития 13
 Международная амнистия 225, 227, 240
 Международная классификация болезней (ICD) 225

Международная классификация травм и причин смерти 256
 Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца 239
 Международные договоры 82, **176–177**, 236
 контроль за соблюдением 261
 Международное соглашение о запрещении противопехотных мин 240
 Международные стандарты 256
 Международный комитет Красного Креста 223, 240
 Международный пакт о гражданских и политических правах 236, 262
 Международный уголовный суд 236
 Международный уголовный трибунал по Бывшей Югославии 176, 224
 Международный уголовный трибунал для Руанды 224
 Межличностное насилие **6–7**, 27, 35, 37, 105
 усилия ООН 261
 Межучрежденческий постоянный комитет ООН по координации гуманитарной помощи 223
 Миграция населения 223
 Мины 232
 нетрудоспособность 232
 Молекулярная генетика 211
 Молодежь 4 (*см. также* Предотвращение насилия. Факторы риска)
 агрессия 27, 32
 веб-сайты 335
 насилие в молодежной среде **27–52**
 социальные проекты для молодежи 4
 убийства 27–32

Н

Нанесение себе увечий 191–192
 Наркотики
 злоупотребление 13, 36, 38
 торговля 38
 Население
 рост 39
 статистика, по половозрастным группам 270
 увеличение плотности населения как фактор риска конфликтов 230
 Насилие (*см. также* Жестокое обращение с детьми. Сексуальное насилие)
 в молодежной среде **27–52**
 виды 6, 97
 измерение масштабов **8–10**
 контекст 251
 культурно обусловленное 6, 40
 многосторонний подход 17
 на рабочих местах 20
 не приводящее к смерти 30–31
 определения 5–6
 последствия 5, 13, 16, 138–140
 преднамеренное насилие 5
 предсказание 251
 природа 7, 13
 пути предотвращения 5, 251

- реагирование 251
 - типология **6–7**
 - экологическая модель **13–14**
 - по отношению к партнеру 16
 - физическое 66–67
 - Насилие в молодежной среде **27–52**
 - веб-сайты **335**
 - динамика 28–32
 - масштабы 27
 - определение 27
 - предотвращение 42–46
 - факторы риска 34–42
 - Насилие со стороны интимного партнера **95–119**, 157–159
 - в браке 100, 103
 - Веб-сайты 335
 - виды 95, 97
 - влияние на детей 109
 - наказания 101
 - научные исследования **118**
 - определение степеней **97**
 - «перекрывание» сексуального, физического и психологического насилия 97
 - поддержка жертв **110**
 - по отношению к женщинам 95–97, 100
 - последствия 107–109
 - предотвращение **109–110**, 119 (см. также Предотвращение насилия)
 - рекомендации 118–119
 - сопоставимость данных 98
 - убийства 99
 - Факторы риска **102–107**
 - факторы общины 105
 - факторы общества 106
 - Насилие, направленное против собственной жизни и здоровья 6, **191–212** (см. также Самоубийства)
 - НАТО 226, 228
 - Научные исследования, 119, 211
 - определение приоритетов 256
 - Национальные планы деятельности 255
 - Неотложная помощь
 - при самоубийствах 205
 - Неправительственные организации 4, 116, 134, 178–179, 225, 327
 - Неравенство доходов 39, 228
 - Нетрудоспособность 16
 - Ножевые ранения 12
- О**
- Образование 38, 145–146
 - в области борьбы с насилием 80
 - увеличение числа дошкольных учреждений 48
 - Общество 14
 - Общины 5, 14, 45–47, 81
 - предотвращение самоубийств 211
 - факторы риска 38
 - Обязательное лечение правонарушителей 79
 - Огнестрельные ранения 12, 31
 - Окружение
 - изменения 211
 - Организация Объединенных Наций (ООН) 18, 240, 244
 - гибель гражданских служащих 226
 - Департамент по координации политики и развитию 209
 - Комитет по правам детей 68
 - Конвенция о правах ребенка 68, 82–84
 - миротворческая деятельность 244–245
 - усилия по предотвращению межличностного насилия 261
 - Устав ООН 236, 244
 - Оружие 45
 - безопасное хранение 208
 - в молодежной среде 48–49
 - доступность 230
 - колюще-режущее оружие 29
 - ношение 31–32
 - обеспечение безопасного хранения 45
 - огнестрельное оружие 29, 31, 38, 49, 202
 - отсутствие демократических процессов 228
 - регистр традиционных видов вооружений ООН 244
 - техническое усовершенствование 230
- П**
- Паркинсона болезнь 198
 - Пестициды
 - использование для самоубийств 202
 - Первая мировая война 226
 - Поведение 31, 205
 - девиантное 32
 - лечение 205–206
 - Поведенческая терапия 205–206
 - Повешение и удушение 29, 64
 - Погибшие в рядах вооруженных сил, регистрация 225
 - Подростки (12–19 лет) 32, 45
 - преступность 33
 - Пожилые люди (см. также Жестокое обращение с пожилыми людьми)
 - самоубийства 200
 - Показатели (индикаторы) 50, 145., 228
 - риска разрушений и внутренних конфликтов 228
 - самоубийства 199
 - Политические меры 209–210, 253
 - Политическое насилие 7
 - Помощь
 - беженцам **237–239**
 - взрослым, подвергшимся насилию в детстве **78**
 - демобилизованным солдатам 240
 - детям, наблюдавшим насилие **77–78**
 - женщинам 102
 - жертвам насилия **77**, 257
 - по восстановлению после конфликтов 240
 - по сохранению семьи 76
 - этические проблемы 239
 - Пострадавшие от конфликтов 226 (см. также Жертвы)

- Права ребенка
 Комитет по правам детей 68
 Конвенция о правах ребенка 68, 82–84
- Права человека 236
 «Врачи за права человека» 225
 Международный пакт о гражданских и политических правах 236
 «Наблюдение за правами человека» (Human Rights Watch) 225
 нарушение 223
- Правоохранительные органы 4, 40
 Полицейские участки, состоящие только из женщин 112, 176
- Предотвращение насилия 15, 66, 140, 236, 251 (см. также Медицинская помощь в молодежной среде **42–50**
 задачи 17
 избирательные вмешательства 16
 индикативные вмешательства 16
 кампании по предупреждению насилия 80, **114–115**
 меры 43–45
 на национальном уровне **140–14, 236**
 на уровне личности **42–43, 45**
 на уровне общества **43, 45, 82**
 на уровне общин **43, 45–47, 80–82, 113–115**
 на уровне семьи **46**
 наказания, меры 83–84, **111**
 на рабочих местах **20–21**
 национальные программы 42, 82
 посещения ребенка на дому **44**
 превентивные мероприятия 16, 42, 119, 256–257
 программы подготовки детей к школе 42, 44
 программы подготовки родителей 44–45, 75
 программы по поддержке семей 75
 программы посещения семей 75
 программы профессионально-технической подготовки молодежи 44
 программы социального развития 43, 119
 программы улучшения доступа к медицинской помощи 44
 работа с виновниками насилия **112**
 рекомендации **50–52, 118–119, 147–149, 210–213, 242–245, 255–262**
 три уровня 16
- Престарелые (см. Пожилые люди. Жестокое обращение с пожилыми людьми)
- Преступность 32, 39
 борьба с детской преступностью 47
 борьба с организованной преступностью 47
 борьба с преступностью 4
 подростковая 33
- Преднамеренное насилие 5
- Преступные группировки **37**
- Приоритеты в борьбе с насилием 254 (см. также Предотвращение насилия)
 Помощь жертвам насилия 77, 102, 257
 Предотвращение сексуального насилия 171–179
- Предупреждение жестокого обращения с пожилыми людьми 132–145
- Природные ресурсы 229
 алмазы 229
 лес 229
 нефть 229
- Программы по обучению персонала, работающего со школьниками для предотвращения самоубийств 207
- Программы по предотвращению насилия 42–44, 116 (см. также Предотвращение насилия)
 Программы подготовки детей к школе 42, 44
 Программы подготовки родителей 44–45, 75
 Программы по поддержке семей 75
 Программы посещения семей 75
 Программы профессионально-технической подготовки молодежи 44
 Программы социального развития 43, 119
 эффективность 8, 17, 51
- Программы улучшения доступа к медицинской помощи 44
- Продукты питания
 распределение 235
- Пропаганда отказа от применения насилия **116**
- Проституция (см. Секс-работники)
- Противозачаточные средства 107
- Психические расстройства 34, 205, 232
- Психическое здоровье **108, 155, 169, 232**
 у жертв коллективного насилия 232
- Психологическая поддержка 173
- Психологические стрессы 232
- Психологическое насилие 7
- Психосоциальные вмешательства **206–207**
 поддержание длительных взаимоотношений 206–207
- Пытки **226–227**
- Р**
- Ранения брюшной полости 64
- Расстройства настроения 205
 самоубийства 205
- Реабилитация 16
- Религиозная принадлежность
 влияние на склонность к самоубийствам 203
- Репродуктивное здоровье 107–108
- Ресурсы
 неравный доступ 228
- Римский Статут Международного уголовного суда 262
- Родители 44 (см. также Виновники насилия)
 программы подготовки родителей 44–45, 116
 родительские тренинги 44–45, 75
 характеристики 71–72
- Руанда 224
 вооруженный конфликт 224
 Международный уголовный трибунал для Руанды 224
- Руководство по наблюдению за травматизмом 256

С

- Самоубийства (суицид) 10, 191 (*см. также*)
- Способы самоубийств. Суицидальное поведение)
 - веб-сайты **335**
 - данные 11, 192
 - занижение данных 196
 - защитные факторы 201
 - научные исследования 211
 - преднамеренная маскировка самоубийства 196
 - предотвращение **204–209**
 - на уровне общества 208
 - на уровне общин 207, 212
 - ограничение доступа к средствам совершения самоубийств 208
 - программы по обучению персонала, работающего со школьниками 207
 - рекомендации 210–213
 - роль СМИ 208–209
 - смертность 196
 - среди коренного населения 195 (в Австралии и Канаде) 195
 - суицидальная эрозия 196
 - уровень 192–195
 - по половозрастным группам 193–194, 197
 - факторы риска 195
 - безработица 103
 - биологические факторы 199–200
 - генетическая обусловленность 200
 - жестокое обращение 200
 - жизненные события 200
 - потеря близкого человека 200
 - религиозная принадлежность 203
 - фармакотерапия 205
 - физические заболевания 200
 - Центры по предупреждению 207
 - экономические факторы 203
 - Связи между видами насилия 252
 - Связи между людьми 201
 - Северная Америка
 - Группа оказания помощи родственникам и друзьям людей, совершивших суицид 209
 - Северная и Южная Америка (Американский регион)
 - беженцы 234
 - внутренние мигранты 234
 - десять ведущих причин смерти в результате насилия, статистика 294–307
 - население, статистика 270–276
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по регионам 279–281
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по странам 308–315
 - оценка смертности в результате самоубийств, по регионам 286–289
 - оценка смертности в результате самоубийств, по странам 322–329
 - оценка смертности в результате травм, полученных во время войн 290–293
 - оценка смертности в результате убийств, по регионам 282–286
 - оценка смертности в результате убийств, по странам 316–321
 - самоубийства 12
 - убийства 12, 27
 - физическое насилие над женщинами 96–97
 - Секс-работники 160
 - Сексуальное насилие 7, 95–96, 133, **155–180**
 - аборт 156
 - беременность 168–169
 - во время вооруженных конфликтов 162, 178, 226
 - в тюрьмах **161**
 - в учреждениях здравоохранения **162**
 - в школах **160**
 - данные 156–157
 - изнасилования 7, 12, 47, 97, 155, 226
 - попытки **155**
 - групповое **155, 159**
 - как оружие 155
 - масштабы **156–157**
 - медико-юридические службы 172, 180
 - насилие против мужчин и мальчиков 161
 - определение **155**
 - оценка распространенности **157**
 - последствия 161, 168–169
 - предотвращение 161, 171–179
 - оценка эффективности 179
 - программы 171–172
 - кампании 175
 - центры 174
 - принудительное начало сексуальных отношений 159, 170
 - принуждение к браку детей **163, 177–178**
 - программы для виновников 171
 - со стороны интимного партнера 157–159 (*см. также* Насилие со стороны интимного партнера)
 - рекомендации 179–180
 - традиции 163, 178
 - увечье женских половых органов 177–178
 - в Египте 178
 - факторы риска для женщин 163–167
 - бедность 165
 - возраст 164
 - наличие многих сексуальных партнеров 164
 - перенесенное ранее изнасилование 164
 - пол 163
 - употребление алкоголя и наркотиков 164
 - уровень образования 164
 - факторы, увеличивающие риск совершения изнасилования мужчинами **165–168**
 - формы 155–156
 - экономические факторы 168
 - Сексуальная эксплуатация 156, 160, 177
 - торговля 160, 177
 - Сельское хозяйство
 - влияние конфликтов 235

- Семья 17, 35 (*см. также* Факторы риска
Предотвращение насилия)
 влияние 35
 помощь по сохранению семьи 76
 предотвращение насилия 75
 терапевтический подход **46**
 факторы риска 103
 функциональная терапия 46
- Серотонин, ингибиторы **205**, 211
- Системы борьбы с насилием 3–4
 философские 3
 юридические 3
 религиозные 3
 социальные 3
- Системы здравоохранения 4, 180, 245
 влияние конфликтов 235–237, 241
 научные методы 4–5
 мероприятия 17, **113**, **237**
 образование 180
 политика 235
- Смертность 8, 10
 детская 64, 79, 231
 в результате войн и конфликтов 225,
 230–232
 в результате самоубийств 196
 в результате самоубийств, по полу,
 возрастной группе и стране 322–329
 десять ведущих причин смерти в результате
 насилия, статистика 294–307
 китайская политика «большого скачка» 226
 население, статистика 270–276
 оценка 10–11, 225, 279–283
 оценка смертности в результате
 преднамеренных травм, по регионам
 279–281
 оценка смертности в результате
 преднамеренных травм, по странам
 308–315
 оценка смертности в результате самоубийств,
 по регионам 286–289
 оценка смертности в результате самоубийств,
 по странам 322–329
 оценка смертности в результате травм,
 полученных во время войн 290–293
 оценка смертности в результате убийств, по
 регионам 282–286
 оценка смертности в результате убийств, по
 странам 316–321
 погибшие на войне 10, 226–226
 распределение по возрасту 10, 278
 распределение по полу 10
 связанная с огнестрельным оружием, по типу
 смерти и стране 330–331
 сталинский террор 226
 страны с высоким и средним уровнем
 доходов 10, 64
 страны с высоким уровнем доходов 10, 64
- Совет Европы, инспекции 227
- Соединенные Штаты Америки
 Проект «Correlates of War» 225
- Центры по контролю и предупреждению
 болезней 209, 256
- Социальная изоляция 201
- Социально-демографические изменения **39**, 132
 безработица 39
 забастовки 39
 рост населения 39
 снижение заработной платы 39
 экономический кризис 39
 урбанизация 39
- Социальное окружение 206
- Социальный капитал 38, 73
- Социальный остракизм 171
- Способы самоубийств (*см. также* Самоубийства)
 выбрасывание из окна 202
 использование гербицидов и пестицидов 202
 отравление выхлопными газами 208
 отравление домашним газом 208
 передозировка лекарств 202
 применение огнестрельного оружия 202
 повешение 202
 утопление 202
 харакири 202
- Средства массовой информации (СМИ)
 влияние на уровень самоубийств 208–209
 кампания «soul city» 258
 роль в предупреждении насилия 257–258
- Статистика 270–331
 десять ведущих причин смерти в результате
 насилия 294–307
 население, по половозрастным группам,
 регионам и уровням доходов 270–273
 оценка смертности 225
- Стокгольмский международный
 исследовательский институт мира (SIPRI)
- Суицидальное поведение 169, **191–199**
 без летального исхода 192–193
 повторное 206
 с летальным исходом 191, 197
 факторы риска **197–199**
 психиатрические 197–198
 депрессия 198
 шизофрения 198
 физические 198
- Т**
- Танзания
 обвинения в колдовстве 134
- Телесные повреждения 5, 9, 30
- Телефонная поддержка 206
- Терроризм 3, 224
- Тихоокеанский регион
 беженцы 234
 внутренние мигранты 234
 убийства 27
- Травмы головы 64
- У**
- Убийства **4–5**, 10, 99
 аресты 39

- влияние СМИ 42
 - данные 11–12
 - детей 64
 - среди молодежи 27–32, 38, 47
 - рост 29
 - по полу 29, 99
 - по странам 11
 - способы 29
 - Уголовное преследование 79
 - Умственное развитие 35
 - Управление Верховного комиссара ООН по правам человека **240**
 - Урбанизация 39
 - Ущерб 7, **12–13**
 - ВИЧ/СПИД 13
 - в результате насилия на рабочих местах 20
 - здоровью 5, 12, 106–109
 - общинам 5
 - оценка 13
 - экономический 108–109
 - Уязвимые группы населения 252–253
 - помощь 252–253
- Ф**
- Факторы риска **8, 14, 136, 163–167, 252** (см. также Социально-демографические изменения)
- Биологические 34, 69–73
 - низкий уровень сердечной деятельности 34
 - осложнения при родах 34
 - психические заболевания 34
 - влияние сверстников 36
 - влияние семьи 35
 - низкий социально-экономический статус 35–36
 - распад семей 36
 - состав семьи 35–36, 71
 - физические наказания 35
 - влияние СМИ 40–42
 - в молодежной среде **34–38**
 - злоупотребление наркотиками 36, 38
 - культурные **40**
 - телевидение 40
 - на уровне общества **38–40, 106, 137–138**
 - на уровне общины 38, **72–73, 105, 137–138**
 - неравенство доходов 39
 - поведение 31, 34
 - психологические и поведенческие 35
 - возбудимость 35
 - гиперактивность 35
 - низкая успеваемость 35
 - склонность 35
 - слабое умственное развитие 35
 - связи между факторами риска **14–15**
 - со стороны партнера 102–107
 - социальные факторы 14, 39
 - факторы, увеличивающие уязвимость перед насилием 70
 - возраст 70, 164
 - пол 70, 163

- Факультативный протокол Конвенции ООН против пыток 227
- Фармакотерапия 205
 - пароксетин 205
- Федеративная Республика Югославия 228
- Физические наказания 35
- Физическое здоровье 108, 155
- Физическое насилие 7, 12
- Финансирование исследований 211
- Финансовые затраты 74
- Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) **18**
- Фонд ООН для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ) **18**

X

- Хорошая практикв, принципы 116–117
- Хулиганство 31–32

Ц

- Центры
 - помощи жертвам сексуального нападения 174
 - В Малайзии 174
 - по предупреждению самоубийств 207

Ш

- Школа 80 (см. также Образование. Предупреждение насилия)
- улучшение работы школ 48
- школьные программы 80, **115–116, 175–176**

Э

- Экономика (см. также Ущерб. Финансовые затраты.)
 - влияние насилия **108–109, 170**
- Эпидемиологические исследования 4
- Эфиопия
 - рост военных расходов 234
- Эффективность работы центров по предупреждению самоубийств 207

Ю

- ЮАР 232
- Юго-Восточная Азия
 - десять ведущих причин смерти в результате насилия, статистика 294–307
 - население, статистика 270–276
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по регионам 279–281
 - оценка смертности в результате преднамеренных травм, по странам 308–315
 - оценка смертности в результате самоубийств, по регионам 286–289
 - оценка смертности в результате самоубийств, по странам 322–329
 - оценка смертности в результате травм, полученных во время войн 290–293

оценка смертности в результате убийств, по
регионам 282–286
оценка смертности в результате убийств, по
странам 316–321
самоубийства 12
убийства 12
Юго-Восточная Европа 27
Южная Азия
беженцы 234

внутренние мигранты 234
Юридические меры 110, 141, **144–145, 149, 176**
реформы 176
специальные суды 176

Я

Япония
Центр предупреждения жестокого
обращения с пожилыми 143

ООО Издательство «Весь Мир» является официальным дистрибьютором публикаций международных организаций в Российской Федерации

Наш адрес: 101831, Россия, Москва, Колпачный переулок, 9а

Тел.: (095) 923-68-39, 923-85-68

Факс: (095) 925-42-69

e-mail: vesmirorder@vesmirbooks.ru

<http://www.vesmirbooks.ru>

В Издательстве можно приобрести
или заказать по каталогу
любые издания международных организаций

Насилие и его влияние на здоровье

Доклад о ситуации в мире

Подготовка к печати русского издания — Отдел международных изданий Издательства «Весь Мир»

Редакторы: Прокопенко Л.В., Буюнова К.В.

Предметный указатель: Осадчая О. Е.

Младший редактор: Блинова А.А.

Руководитель отдела: Поликанин А.А.

Руководитель производственного отдела: Кузнецова Н.А.

Верстка: Богач О.Н.

Лицензия ИД № 03510 от 15.12.2000 («Весь Мир»)

Подписано в печать 20.01.2003

Печать офсетная. Формат 84x108^{1/16} Печ. л. 23,5

ООО Издательство «Весь Мир»
101831, Москва-Центр, Колпачный пер., 9а

Отпечатано в ГУП «ПИК»
420111, г. Казань, ул. Баумана, 19

е уносит жизни миллионов человек и еще большему числу людей ухудшает условия жизни. Насилие не знает границ и не зависит от географии, расы, доходов человека. Насилие по отношению к женщинам и старикам. Оно проникает в жилища, в школы, на рабочие места. Женщины имеют право жить нормальной жизнью и воспитывать своих детей, не испытывая насилия. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам.

Кофи Аннан, Генеральный секретарь ООН,
Лауреат Нобелевской премии, 2001 г.

Насилие — это перемещение людей, дискриминация в доступе к медицинским услугам — это всем известно не понаслышке. Насилие, особенно политическое, представляет собой угрозу человеческой смертности. Ответственность этой категории в эпидемических реестрах лежит на врачах и экспертах по отношению к властным структурам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам.

Мортен Роструп, президент Международного совета организации «Врачи без границ»,
Лауреат Нобелевской премии, 1999 г.

Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам.

Джоди Уильямс, Международная кампания по запрещению противопехотных мин,
Лауреат Нобелевской премии, 1997 г.

Насилие продолжает полагаться на насилие как способ решения конфликтных ситуаций. Мир, ни безопасности, и здоровью людей будет по-прежнему наноситься урон. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам.

Оскар Ариас, бывший президент Коста-Рики,
Лауреат Нобелевской премии, 1987 г.

Здравоохранения внесла существенный вклад в противодействие всем формам насилия. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам. Мы должны помочь им реализовать это право, ясно заявив, что насилие по отношению к женщинам и старикам.

Генри Чазов и Бернард Лаун, Международная организация «Врачи за предотвращение ядерной войны»,
Лауреаты Нобелевской премии, 1985 г.

