

КОНВЕНЦИЯ ООН О ПРАВАХ РЕБЕНКА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОЛИТИКУ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ И ИССЛЕДОВАНИЯ

Myron L Belfer,
Suzan Song

Конвенция Организации Объединенных Наций (ООН) о правах ребенка (Конвенция) и последующие, связанные с ней, документы обладают потенциалом существенного улучшения жизни детей (в возрасте от рождения до 18 лет, но в зависимости от культуры) по нескольким измерениям, предлагая защиту от насилия, укрепляя взаимоотношения детей с семьей и гарантируя полное развитие индивидуальных возможностей. Значение этих документов не ограничивается лишь влиянием на правительства, их необходимо применять по отношению ко всем видам деятельности, которые отражаются на жизни детей, включая клиническую практику, исследования, участие и образование.

В настоящее время существует некоторое напряжение между представителями сообщества «инвалидов» и людьми с «психическими расстройствами», что оказывает значительное влияние на прогресс в защите прав человека применительно к детям. Является ли психическое расстройство «инвалидностью»? Приведет ли включение лиц с психическими расстройствами к ослаблению или искажению защиты лиц с инвалидностью, не связанной с психическими расстройствами? Сейчас, когда существуют такие большие возможности для защиты, эта проблема требует немедленного решения, потому что в нынешнюю эпоху она может стать одним из самых больших барьеров, препятствующим удовлетворению потребностей людей, страдающих психическими расстройствами в контексте прав человека, представленных в Конвенции и недавно одобренной *Конвенции ООН о правах инвалидов*. Проблемы исключения и лишения гражданских прав являются общими для всех инвалидов и особенно для тех из них, которые страдают психическими расстройствами.

Для того чтобы представить себе к каким тяжелым последствиям для детей, в частности, может привести признание их инвалидами, необходимо принять во внимание историческое понимание понятий «дети» и «детство» (Hibbard & Desch, 2007). В современной истории цивилизации детей рассматривали как собственность (Slee, 2002). Роль детей заключалась в увеличении продуктивности семьи и продолжении рода (Slee, 2002). До прошлого столетия не было единой концепции реализации ребенком собственных возможностей, которые могут расширяться или ограничиваться под влиянием факторов среды или установочных факторов.

Недостаточно четким было также понимание процесса развития детей и того, что их нельзя считать просто маленькими взрослыми. Наконец, во многих культурах господствовало мнение, что *за детьми нужно присматривать, но слушать их не надо*, и что они не могут заявлять о правах на участие в жизни общества. Благодаря более глубокому научному пониманию развития ребенка и эволюции социального мышления, дети в настоящее время большинством воспринимаются по-другому, но конечно не всеми слоями общества. Однако потенциал детей с инвалидностью в большинстве случаев, по-прежнему, игнорируют: «... широко распространенная недооценка способностей и потенциала детей с ограниченными возможностями создает порочный круг заниженных ожиданий, отставания и низкого приоритета при распределении ресурсов» <https://www.unicef-irc.org>.

В мировом масштабе от 10% до 20% детей страдают эмоциональными проблемами (Belfer, 2008). Распознавание детских эмоциональных и поведенческих проблем в контексте прав инвалидов остается сложной задачей и, на данный момент, все еще далеко от решения (Stewart-Brown, 2003). Данные о расходах общества в связи с детской инвалидностью, связанной с психическими заболеваниями еще не полностью рассчитаны, однако результаты опубликованных исследований указывают на более значительные затраты, по сравнению с инвалидностью, вызванной другими причинами, а также сходными проблемами, имеющими отношение к участию в жизни общества. Масштабы эмоциональной и физической неполноценности, являющихся следствием воздействия войны, голода, катастроф и ВИЧ/СПИД практически не поддаются исчислению. Подходы к пониманию и вмешательству в этих ситуациях затрагивают не только проблемы с правами человека у детей в обычном понимании, но распространяются также на тех, кто занят исследованиями этих уязвимых слоев населения. В этой главе мы попытаемся сосредоточить внимание на барьерах, с которыми продолжают сталкиваться дети-инвалиды, пытаясь стать активными членами общества, а также на необходимости ответственного подхода к исследовательской практике.

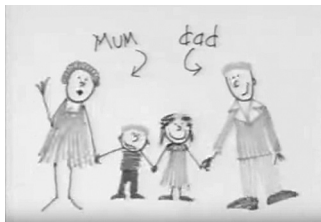
ПОСЛЕДСТВИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Во многих странах детей с ограниченными возможностями помещают в специальные учреждения еще при рождении или в дошкольном возрасте, и они находятся там до самой смерти. Все полученные данные научных исследований указывают на то, что дети в таких учреждениях добиваются гораздо худших результатов в социальном, образовательном, медицинском и психологическом плане, чем дети, растущие в благоприятных условиях проживания (Grocce & Paeglow, 2005). Организация «Наблюдение за соблюдением прав человека» (Human Rights Watch) установила, что уровень смертности среди таких детей в два раза выше, чем в общей популяции детей, содержащихся в домашних условиях. В отдельных странах в некоторых таких учреждениях уровень смертности достигает 75% (Human Rights Watch, 2001).

В соответствии с данными ООН и ЮНИСЕФ, девочки с инвалидностью в два или три раза чаще подвергаются сексуальному и физическому насилию, чем их здоровые

ПРАВА РЕБЕНКА

Первым актом Организации Объединенных Наций, касающимся исключительно прав детей, была Декларация прав ребенка, принятая в 1959 году. Это был скорее нравственный, а не юридически обязательный документ. В 1989 году ООН была принята юридически обязательная Конвенция о правах ребенка. Пятьдесят четыре статьи этой конвенции охватывают весь спектр прав человека – гражданские, политические, экономические, социальные и культурные, и определяют специфические пути гарантирования соблюдения этих прав для детей и подростков. В мае 2000 г. было принято два протокола, не имеющих обязательной силы, один из них касается вовлечения детей в вооруженные конфликты, а второй – торговли детьми, детской проституции и порнографии, с целью укрепления положений Конвенции в этих сферах. Конвенция – наиболее поддерживаемый договор по правам человека в мире, ратифицированный почти всеми (за исключением двух) странами.



На https://www.youtube.com/watch?v=y_2nA49p3uw можно посмотреть краткий мультимедийный фильм, в котором детям объясняются основные положения Конвенции (фильм создан Альянсом по правам детей www.childrensrights.ie)

сверстницы. В тех случаях, когда решающее значение приобретает способность вносить материальный вклад в выживание семьи, дети-инвалиды представляют собой ценность только как объекты, которых демонстрируют другим людям за деньги или с целью вызвать чувство жалости. Наиболее распространенным родом занятий у инвалидов во всем мире является попрошайничество (Grose, 1999). Другое, часто встречающееся явление – изоляция как добровольная, так и социально обусловленная, особенно среди тех, кто выглядит не так, как все.

КОНЦЕПЦИЯ УЧАСТИЯ

Подходы к оказанию медицинской помощи людям с инвалидностью очень часто разрабатывают на основе *модели дефицита*, сосредоточенной на индивидуальных нарушениях. Такая модель влияет на то, как человек воспринимается и необоснованно ограничивает ожидания. Конвенция (статья 12) перепределяет роль детей в обществе как активных участников и, через такое участие способных вносить значимый вклад в собственное здоровье и в благополучие общины, в которой они проживают. Если клиницисты и лица, определяющие политику в области здравоохранения, уходят от модели дефицита и начинают следовать концепции *максимального участия* и фокусируют свое внимание на барьерах, с которыми сталкиваются инвалиды, стремящиеся к полноценному участию, то перед ними открываются совершенно новые возможности для разработки программ. Для этого требуется существенное изменение мышления клиницистов и лиц, определяющих политику, но как только такое изменение происходит – это высвобождает новые возможности или позволяет видеть барьеры, которые легко преодолеть.

Усилия, направленные на то, чтобы охватить детей и подростков основным образованием оказались неодинаково успешными. Страны с низким и средним уровнем экономического развития, по определению Всемирного банка, продемонстрировали некоторые из более современных подходов, часто в силу необходимости.

Всемирная Организация Здравоохранения попыталась с помощью Международной классификации нарушения функций, инвалидности и дефектов (Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH-2)) распространить среди профессионалов модель оказания помощи людям с нарушениями функций под перспективой участия. ICIDH-2 охватывает три измерения инвалидности:

- Нарушение функций и структур организма
- Ограничение деятельности
- Ограничение участия.

Эта классификация признает, что некоторые люди с тем или иным нарушением функций могут иметь или не иметь ограничения деятельности или даже инвалидность, в зависимости от окружающей среды и общества (Clark & MacArthur, 2008). Подход к инвалидности с позиции прав человека также смещает фокус с ограничений, свойственных индивиду, на имеющиеся внутри общества барьеры, препятствующие полноценному участию людей с нарушениями функционирования в жизни общества наравне с другими.



«...ребенок, способный формулировать свои собственные взгляды [имеет] право выражать эти взгляды [и] право на свободу ... мысли, совести и религии». Конвенция: статьи 12–14

Фото: <http://syinghana.com/?p=137>

КОНВЕНЦИЯ ООН ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА

Краткое содержание Конвенции с указанием соответствующих статей представлено в Таблице J.7.1. Конвенция недвусмысленно выступает за включение всех детей в жизнь общества, настоятельно призывая в своих рекомендациях к обеспечению доступа к образованию и услугам. Более того, она выступает против любой формы дискриминации. Однако опыт применения Конвенции показал, что реальных результатов ее осуществления пока нет (WHO, 2005). В частности, пока еще не видно реального включения в жизнь общества детей с инвалидностью, включая детей с психосоциальными отклонениями.

Таблица J.7.1 Конвенция ООН по правам ребенка в виде схемы в соответствии со статьями (Carlson, 2001)

Принципы	Средства	Защита	Участие
Ст. 2: Недопущение дискриминации	Ст. 5: Управление и руководство	Ст. 19: Насилие и отсутствие заботы	Ст. 13: Выражение взглядов
Ст. 3: Наилучшее обеспечение интересов	Ст. 7: Право на имя и национальность	Ст. 21: Усыновление	Ст. 14: Свобода мысли
Ст. 6: Выживание и развитие	Ст. 8: Индивидуальность	Ст. 22: Статус беженца	Ст. 15: Ассоциации
Ст. 12: Уважение взглядов ребенка	Ст. 9: Неразлучение с родителями	Ст. 32: Работа	Ст. 17: Информация
	Ст. 16: Частная жизнь	Ст. 33: Наркотические средства	
	Ст. 18: Ответственность	Ст. 34: Сексуальная эксплуатация	
	Ст. 24: Здоровье	Ст. 35: Похищение	
	Ст. 25 Социальная защита	Ст. 37: пытки и ограничение свободы	
	Ст. 27: Уровень жизни	Ст. 38: Вооруженный конфликт	
	Ст. 28 и 29: Образование	Ст. 39: Реабилитационная помощь	
	Ст. 31: Отдых и досуг	Ст. 40: Правосудие по делам несовершеннолетних	

Конвенция внедрена в национальное законодательство почти 50 стран, но только в нескольких из них реализованы программы практического осуществления ее положений. В некоторых странах созданы независимые общенациональные организации по защите прав человека, которые направляют свои усилия на действенную реализацию прав детей (Pais & Bissell. 2006).

КОНВЕНЦИЯ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ

Делая шаг вперед, Конвенция о правах инвалидов, подготовленная при активном участии и беспрецедентной активности людей с инвалидностью (в том числе и детей-инвалидов) и представляющие их организации в процесс имплементации и мониторинга касающихся их программ.

другой, в значительной мере, опираются на средства правовой защиты и надлежащие правовые процедуры с уважением к истцу.

Попечительские советы

В 1988 году Федеральная конституция Бразилии определила формы участия населения в управлении. Были сформированы Муниципальные общественные административные советы. Права детей были учтены и включены в законодательные акты, а их внедрение превратило обделенную популяцию детей в популяцию граждан, настоящие и будущие права которых должны соблюдаться (Duarte et al, 2007; Rizzini et al, 2003). Законодательные акты охватывают всех детей в возрасте до 21 года и, что важно отметить, не выделяют их в отдельную группу риска. Законодательство обширно, однако, сосредоточено в основном на предоставлении прав. Закон определяет, что права детей будут гарантированы действиями муниципальных Административных советов. Закон о правах детей и подростков Бразилии требует, чтобы в каждом из примерно 5700 муниципалитетов Бразилии было по два Детских муниципальных совета: Муниципальный совет по правам детей и Попечительский совет. Кроме того, каждый штат должен иметь Совет по правам детей штата. Совет по правам детей несет ответственность за соблюдение прав детей и подростков на макроуровне. Попечительские советы гарантируют, что нуждающийся или относящийся к группе



«Ни один ребенок не может быть объектом произвольного или незаконного вмешательства в осуществление его права на личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища или тайну корреспонденции, или незаконного посягательства на его честь и репутацию».

Конвенция: статья 16

Арабские девочки – разносчицы воды, Египет. (Бруклинский музей)

риска ребенок, получит наиболее эффективную помощь. Их задача заключается в том, чтобы своевременно направлять детей в соответствующие учреждения и гарантировать оказание им услуг, однако такие советы не выступают в роли поставщиков услуг. Обратиться в Попечительский совет могут сами дети, их родители или другие заинтересованные лица или службы.

риска ребенок, получит наиболее эффективную помощь. Их задача заключается в том, чтобы своевременно направлять детей в соответствующие учреждения и гарантировать оказание им услуг, однако такие советы не выступают в роли поставщиков услуг. Обратиться в Попечительский совет могут сами дети, их родители или другие заинтересованные лица или службы.

Европейская социальная хартия

Европейская социальная хартия (Совет Европы) – это документ, имеющий правовую основу, который может быть использован и применяется в случае явной дискриминации людей с инвалидностью. Внимания заслуживает пример успешной апелляции международной ассоциации «Autism Europe» в Европейский комитет по социальным правам с жалобой на то, что во Франции «... дети и взрослые, страдающие аутизмом, не проходят и вряд ли будут проходить эффективную и в достаточном объеме, соответствующую стандартам подготовку, чем нарушается их право на адекватный доступ к обучению в общеобразовательных школах или в условиях специализированных учреждений, проводящих обучение и оказывающие другие подобные услуги». По существу, заявители жаловались на то, что Франция не принимает необходимых мер, для того чтобы гарантировать детям и взрослым с аутизмом право на такое же эффективное образование, какое получают другие дети. Несмотря на то, что это специфический пример, приведший к внедрению коррекционного обучения,

статьи, сами по себе, служат моделью. В Законе о социальной помощи говорится о том, что «всякий раз, когда индивидуальные способности человека с инвалидностью и возможности семьи позволяют это, необходимо гарантировать несовершеннолетнему или взрослому человеку с инвалидностью доступ к тем организациям и учреждениям, которые открыты для всего населения». «Социальные и медико-социальные действия должны ... обеспечивать автономию и защиту отдельных лиц ... предупреждать социальное отчуждение и корректировать его последствия. Это должно основываться на непрерывной оценке потребностей и ожиданий ... особенно людей с инвалидностью». «... действия должны уважать в равной степени достоинство всех людей ... ». Интересно будет понаблюдать за тем, как модели, подобные этой впишутся в имплементацию новой Конвенции о правах инвалидов.

Смещение акцентов для клиницистов

«Внедрение принципов соблюдения прав детей, равноправия и социальной справедливости в практику требует фундаментального изменения на всех уровнях подготовки программ обучения специалистов системы здравоохранения, работающих с детьми» (Waterston & Goldhagen, 2008). При условии, что первоочередной задачей должно быть оказание детям-инвалидам услуг, основанных на соблюдении прав человека, особое значение приобретает вовлечение в этот процесс, обучение и подготовка неправительственных организаций, профессионалов, родителей детей с инвалидностью и самих детей-инвалидов, для того чтобы они могли вместе работать над осуществлением изменений. На сегодняшний день, программы профессиональной подготовки, по-прежнему, придают первостепенное значение медикализации инвалидности. Сосредоточение внимания на специализации по работе с разными группами детей-инвалидов противоречит стремлению избавиться от дискриминации при оказании услуг и не способствует участию детей в жизни общества. Обеспокоенность профессионалов не ограничивается проблемами оказания помощи, они также пытаются найти ответ на вопрос, какая группа является наиболее уязвимой.

ВЛИЯНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЯ

Благодаря современным исследовательским инициативам в области психического здоровья, реализуемым в странах с низким и средним уровнем экономического развития, все еще открываются новые направления, указывающие на необходимость защиты прав человека и этических стандартов. В странах с низким и средним уровнем доходов, в которых население подвергается воздействию военных конфликтов, природных катастроф и миграций, исследователи занимаются деятельностью, которая в обязательном порядке должна регулироваться надзором за соблюдением прав человека. Что касается участия в исследованиях детей, ведутся дискуссии относительно обоснованности проведения нетерапевтических



С детьми следует обращаться «...без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии ... или каких-либо иных обстоятельств».

Конвенция: статья 2

Фото: Джо Хэли и его семья (Galt Museum & Archives)

исследований с участием детей (исследований, которые не подразумевают получение прямой пользы для их участников), в сравнении с терапевтическими (Ramsay, 1976; McCormick, 1976). С одной стороны, высказывается мнение о том, что использование детей в качестве участников исследований никогда не может быть оправданным, если они не смогут получить пользу от такого участия (Ramsay, 1976), тогда как с другой, заявляется о том, что до тех пор, пока исследование не влечет за собой явные риски, болевые ощущения или неудобства, такое исследование этически допустимо (McCormick, 1976). Федеральные правила Соединенных Штатов Америки (Охрана прав лиц, являющихся субъектами исследований) разрешают проведение нетерапевтических исследований, которые создают риски, превышающие минимальные, с участием детей, если:

- Риск лишь незначительно превышает минимальный
- Процедуры соответствуют жизненному опыту участников
- Результаты исследования с высокой степенью вероятности позволяют расширить имеющие жизненно важное значение знания, касающиеся состояния участников
- Получено разрешение родителей и согласие ребенка.

История медицинских и психиатрических этических стандартов, и руководящих принципов

Этические проблемы возникают обычно с того момента, когда ребенок или подросток попадает в категорию «уязвимой популяции». Ребенок или подросток не может защититься или позаботиться о себе самостоятельно и становится более уязвимым, когда страдает психическим заболеванием. В детской и подростковой психиатрии продолжаются дискуссии по поводу некоторых из этических проблем, касающихся лечения, медикаментов и исследований (Munir & Earls, 1992; Belitz & Bailey, 2009; Frank et al, 2003). Специализируясь на исследованиях в области психиатрии, Roberts (1999) разработал концептуальный анализ обоснованных с этической точки зрения протоколов психиатрических исследований. Hoop et al. (2008) провели обзор тем, касающихся участия молодых людей в исследованиях (Roberts et al, 1998). Разработан обширный ресурс, охватывающий проблемы исследовательской этики в психиатрии (Roberts et al, 1998). Однако эти рекомендации разрабатывались преимущественно для национальных испытаний, где в распоряжении исследователей находятся уполномоченные разрешать наблюдательные советы учреждений, стандарты оказания помощи и доступ к (часто) разнообразным формам «самого эффективного лечения».

Национальная комиссия по охране прав субъектов исследований в области биомедицины и психологии поведения (1977), разрешает исследования, которые подвергают детей риску, превышающему минимальный, без намерения принести пользу для их участников, в том случае, если получаемые знания имеют важное значение для будущего благополучия детей. Необходимо предоставить достаточные доказательства того, что: 1) боль или стресс, причиненные исследованием, не являются тяжелыми; 2) потенциальный вред имеет обратимый характер; 3) исследователи обладают достаточным уровнем квалификации; и 4) условия подходят для

проведения исследования (Fisher et al, 2007). Однако, когда существует выраженная асимметрия возможностей, остается неясным действительно ли условия соответствуют требованиям, необходимым для проведения исследований, которые не принесут пользу его участникам.

Современные медицинские и психологические руководящие принципы международных исследований

Появление исследователей из экономически развитых стран, выполняющих исследования в странах с низким уровнем экономического развития, особенно связанных с ВИЧ/СПИД, стало испытанием для Хельсинской декларации по работе в развивающихся странах (Zion et al, 2002). Для того,

чтобы более подробно описать способы эффективного применения Декларации в развивающихся странах, были разработаны *Международные этические принципы проведения биомедицинских исследований с участием человека* (Council of Medical Organizations of Medical Sciences, 1993). Схема, предложенная Emanuel, хотя и не является специфической для молодых людей, затрагивает медицинские этические проблемы, возникающие при проведении исследований в странах с ограниченными ресурсами (Emanuel et al, 2000).

Психологическая гуманитарная сфера руководствуется собственными этическими нормами (Sphere Project, 2000; Morris et al, 2007; IASC, 2007; Allden et al, 2009). Предложены также руководящие принципы проведения исследований в других направлениях, в условиях с ограниченными ресурсами при работе с беженцами и в международном контексте (Schenk & Williamson, 2005; Fisher et al, 2002; Leaning, 2001). Эти руководящие принципы нацелены, прежде всего, на чрезвычайные ситуации, конфликты или катастрофы, либо касаются детей и подростков-беженцев, пребывающих в экономически развитых странах. Несмотря на то, что специфика детской и подростковой психиатрии, а также смежных специальностей требует знаний этики (Munir & Earls, 1992), мало уделяется внимания обучению этическим принципам, затрагивающим культурные или глобальные контексты в области психического здоровья, в частности, людей с инвалидностью.

Права человека в уязвимых слоях населения

Уязвимые слои населения – это специфические группы людей, которые не могут защитить свои основные права и свободы, что делает их открытыми для эксплуатации. К такой категории, в целом, относятся дети. Проблемы защиты прав человека обостряются в ситуациях военных конфликтов, в результате которых многие дети становятся сиротами и лишаются правовой защиты со стороны взрослых. Во время войн также возникают специфические группы населения (например, выжившие жертвы сексуального насилия или дети-солдаты), которые могут быть подвержены тяжелой стигматизации со стороны общества и риску потенциального вреда от исследований, если их результаты становятся известны правительству, повстанческим силам или общине.

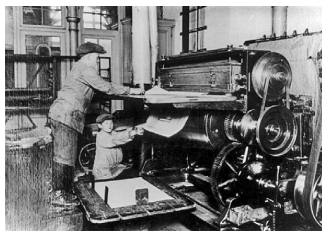


«...ребенок, желающий обрести статус беженца или считающийся беженцем ... [должен] получить надлежащую защиту и гуманитарную помощь ...».

Конвенция: статья 22

Исследователи, занятые в терапевтических и нетерапевтических исследованиях, должны проявлять этическую предосторожность и быть восприимчивыми к потребностям уязвимых групп. Дети могут чувствовать себя некомфортно, рассказывая

При ограниченном доступе к ресурсам для выживания, родители, отчаянно ищущие помощи своим детям, могут воспринимать исследователей, как иностранцев, которых они ранее видели в роли работников, оказывающих гуманитарную помощь или поставщиков продовольственной или материальной помощи



Детский труд на печатной машине (kinderarbeid in drukkerij). Национальный архив Нидерландов, фотография из коллекции «Spaarnestad Photo»

Дети должны быть «защищены от экономической эксплуатации ... от любой работы, которая может представлять опасность для их здоровья [и] любых других форм эксплуатации».

Конвенция: статья 32 и 36

иностранцам или другим взрослым о своих переживаниях, особенно в зонах с политической нестабильностью, где взрослые проводят набор детей в военизированные формирования. Разоблачения могут подвергать детей серьезному риску. Общаясь с ребенком соответственно уровню его развития, исследователям с самого начала следует четко объяснить свою роль, рассказать о том, какие данные будут собираться, как они будут использованы, кто будет иметь к ним доступ, и какие существуют ограничения конфиденциальности. Особенно необходимо позаботиться о том, чтобы обеспечить безопасность сбора, хранения и анализа результатов интервью или других данных, чтобы участники исследований могли быть уверены в том, что предоставляемая ими информация (например, такая как статус бывшего ребенка-солдата) не будет доступна правительству или повстанческим силам, так как это может привести к дальнейшей стигматизации или дискриминации.

Информированное согласие в постконфликтных и экономически развивающихся странах

Нетерапевтические исследования, или когда исследователь не предусматривает пользу для испытуемых, связаны с получением информированного согласия. Информированное согласие включает в себя ознакомление с информацией, участие в принятии решения способность принимать решение и добровольное участие (Roberts, 2002). Информация должна

касаться процесса исследования, временных рамок, используемых методов, а также рисков и пользы от участия в исследовании. Участие в принятии решения предоставляется исследователям, когда человек:

- Может выражать добровольное, принятое без принуждения, решение
- Может выражать понимание рисков и выгоды от связанных с согласием или отказом от лечения, а также потенциальных последствий альтернативного лечения или исследования
- Может оценивать в полной мере значимость выбора
- Является достаточно когнитивно интактным, для того, чтобы понимать содержание согласия и процесс его получения.

Принцип добровольности, основанный на способности выражать свои идеи без принуждения или угроз для собственных желаний, не менее важен в странах, охваченных военными конфликтами (Roberts, 2002).

При получении информированного согласия необходимо также принимать в расчёт культуральные переменные, включая уровень образования, концепции,

связанные с молодежной проблематикой и уважением человеческого достоинства (Roberts, 2002). В странах с высоким уровнем неграмотности подписание согласия может вызывать чувство недоверия или опасности, особенно в странах, где государство до этого лишало людей права отказа, как это было, например, в бывшем Советском Союзе или Камбодже (de Jong, 2002; Ellis et al, 2007). Во многих странах с низким уровнем доходов, дети становятся рабочей силой, начиная с пятилетнего возраста, и понимание того, кто может давать согласие на участие детей в исследованиях, может быть разным в разных общинах (Schenk & Williamson, 2005; Boyden, 2004). Исследователям следует получить информацию о том, какие убеждения доминируют в общине относительно возраста, пола, социальных ролей и ожиданий в отношении развития ребенка и его поведения (Schenk & Williamson, 2005). В коллективном обществе индивид может согласиться участвовать в исследовании под прямым или непрямым давлением общины, что ставит под сомнение автономность его выбора (Ellis et al, 2007). Усилия должны быть направлены на получение истинного информированного согласия, а не окончательного продукта в виде подписанного документа. Этого можно добиться с помощью дополнительных директив исследования, которые заключаются в обсуждении исследователя с субъектом его мотивации присоединения к исследованию, вероятных результатов исследования, а также протокола и предстоящих процедур. При возникновении позже у субъектов состояния, при котором они потеряют способность выражать свои предпочтения, документ сможет указать на следующие шаги. Эту проблему можно решить также с помощью получения устного информированного согласия в присутствии членов семьи или друга (European Medicines Agency, 2009). Часто используется не информированное, а обычное согласие. Этот более пассивный способ обеспечения информированности субъекта, который часто легче использовать в более натуралистических условиях, однако существует риск, что не будет обеспечена истинная информированность исследуемой группы населения.

Асимметрии возможностей и информации

Когда исследователи из экономически развитых стран прибывают в опустошенные, разоренные и неблагополучные в социально-экономическом отношении страны, для того чтобы провести там психиатрические исследования, местное население подвергается высокому риску эксплуатации, так как социальный статус исследователей может влиять на участие в нем (Boyden, 2004). При ограниченном доступе к ресурсам для выживания, родители, отчаянно ищущие помощи для своих детей, могут воспринимать исследователей, как *иностранцев*, которых они привыкли видеть в роли оказывающих гуманитарную помощь или поставщиков продовольственной, или материальной помощи. В этой связи, они могут считать, что участие в исследовании связано с оказанием помощи. Протоколы некоторых исследований в области детской психиатрии предлагают клиническое наблюдение, которое может быть мощным стимулом для людей, проживающих в регионах, разоренных войной, где недоступна медицинская помощь (Hoop et al, 2008). Более того, хорошо подготовленные западные исследователи в области психического здоровья могут пытаться адаптировать свои модели лечения к чуждой для них

популяции, а местные общины могут не иметь самостоятельных организаций, которые позволили бы отказаться от участия, обсудить такие проблемы, как негативные последствия или влияние их местных убеждений и практик, они могут чувствовать, что их принуждают или сообщать специалистам то, что, по их мнению, от них хотят услышать (Fisher et al, 2002; Allden et al, 2009; Ellis et al, 2007). Асимметрия может распространяться на привлечение местных клиницистов и исследователей, которые идут на компромисс со своей идентичностью и заботиться о том, чтобы их подопечные были частью более престижного, а иногда и более доходного предприятия.

Может иметь место также асимметрия в приоритетах потребностей. Приоритеты иностранных, по отношению к местной общине, исследователей и клиницистов, несмотря на то, что они руководствуются наилучшими интересами и побуждениями, могут не совпадать с местными приоритетами. Часто именно иностранцы осуществляют контроль над тем, как будут использоваться средства, разрабатываться и планироваться программы, решают, кому будет оказана помощь, и кто пройдет обучение по оказанию этой помощи. Местные правительства зависят от доноров в финансировании определяемых теми же донорами потребностей. Такая зависимость от внешнего финансирования и, следовательно, внешних исследователей, может исключать участие местных научных учреждений и министерств в проведении этического анализа, касающегося субъектов исследования, проектов и последствий.

Этические проблемы как неотъемлемая часть терапевтических исследований

Понятие *терапевтическое* исследование в условиях ограниченных ресурсов неоднозначно, так как роль исследователя в таких условиях колеблется между проведением испытания и оказанием помощи. Более того, в таких странах психиатрическая помощь слабо развита, что вынуждает западных клиницистов импортировать и адаптировать вмешательства к другому культуральному контексту. Проблемы роли исследователей и идентификации наиболее подходящих вмешательств будут обсуждены ниже.

Граница между исследователем и клиницистом

Основная цель клинициста – оказывать помощь; тогда как главное намерение исследователя – находить ответ на научные вопросы. Работе с детьми свойственны более размытые границы между исследователем и клиницистом. Нельзя однозначно утверждать, что тот, кто первым задает ребенку потенциально эмоциональные вопросы о его военном опыте, является в большей степени исследователем или клиницистом. Интервью уже сами по себе являются вмешательствами. Исследователь осознанно или неосознанно становится клиницистом. Несмотря на то, что роль исследователя вполне нейтральна – сбор данных и каждый контакт с ребенком является потенциально клиническим. Имеются некоторые научные данные о том, что разделение с клиентом общей позиции представляет собой определенную ценность (Lustig et al, 2004), вместе с тем, определенные вмешательства могут нанести вред (Morris et al, 2007; Goodman, 2004). Психиатры сталкиваются с особыми дополнительными трудностями в своей сфере, так как врачам может быть сложно

увидеть разницу между предоставлением услуг и использованием пациентов для ответа на исследовательские вопросы (Jesus & Michael, 2009).

Проведение исследования без уверенности в том, что исследуемым доступны соответствующие службы, неэтично (Allden et al, 2009). Требование описать недавно перенесенную травму, особенно в конфликтных ситуациях, может подвергать людей риску причинения психологического вреда, если в дальнейшем им не оказывается помощь и поддержка (Goodman, 2004). Лица с психическими расстройствами, перенесенной травмой и низким уровнем социальной поддержки при интервью могут подвергаться более высокому риску эмоционального дистресса (Duregov, 2004; Jorm et al, 2007). Однако в странах, разоренных войной и с ограниченными ресурсами может отсутствовать формальная система психиатрической помощи, может не хватать соответствующих специалистов или учреждений, куда можно направить пациентов (de Jong, 2011; World Health Organization, 2005). Даже в экономически развитых странах, таких как США, существуют регионы, где большинство населения испытывает трудности с доступом к психиатрической помощи (Wang et al, 2005). Хотя исследователи могут не обладать навыками или не располагать средствами для оказания поддержки или помощи, до того как начинать исследование, необходимо в обязательном порядке узнать о таких ресурсах и получить к ним доступ (если таковые имеются), либо организовать помощь тем, кто может испытывать дистресс в ходе исследования.

Определение наиболее соответствующих вмешательств

Хельсинская декларация предлагает использовать *наилучшее на текущий момент вмешательство* для активного препарата сравнения в клинических исследованиях. Существует множество заслуживающих доверия психиатрических вмешательств, преимущество которых является спорным, в зависимости от мнения экспертов. Рандомизированные исследования, оценивающие вмешательства, реализуемые в школьных условиях (включая переработку травматического события, совместные игры, и элементы творческого самовыражения), у детей и подростков, подвергшихся воздействию войны в странах с низким уровнем экономического развития, таких, как Индонезия (Tol et al, 2010), Шри-Ланка (Tol et al, 2011), Непал (Jordans et al, 2010) и на территории Палестины (Khamis et al, 2004), обнаружили обнадеживающее улучшение по отдельным показателям исхода в специфических подгруппах и отсутствие основного эффекта по конкретным результатам в других группах (Tol et al, 2011). В Уганде рандомизированное контролируемое исследование межличностной групповой психотерапии среди переживших войну и перемещение подростков, продемонстрировало эффективность при депрессии только у девочек и отсутствие эффекта при симптомах тревоги, проблемах с поведением или функциональном нарушении (Bolton et al, 2007). Рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в Боснии и Герцеговине, продемонстрировало улучшение при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), депрессии, дезадаптивной реакции горя у детей, переживших связанную со школой травму и при сфокусированной на горе дезадаптивной реакции при применении психообразования и тренинга навыков, реализуемых в условиях школьного класса (Layne et al, 2008). Обзор данных о

вмешательствах, описанных как стандартные показатели социального и психического здоровья проекта «Сфера», «показывает, что даже эффективные вмешательства могут причинять вред, если используются в неподходящее время или нацелены на неверно обозначенные слои населения» (Morris et al, 2007).

ВЫВОДЫ

Примечательно, что в современную эпоху соблюдение прав детей с ограниченными возможностями, по-прежнему, является трудной задачей. Грубое обращение с детьми инвалидами должно рассматриваться, как критическая проблема общественного здравоохранения (Hibbard et al, 2007). Доступ к ресурсам детей, страдающих множеством соматических заболеваний и детей-инвалидов, существенно отличается. Международные договоренности направлены на то, чтобы закончить эру изоляции, насилия и отсутствия заботы о ребенке. Задача состоит в том, чтобы повысить степень осознания текущей ситуации и обучить широкий круг индивидов, как осуществлять свои права. Постепенное расширение участия в жизни общества людей с инвалидностью приведет к снижению барьеров, препятствующих их полному участию.

Этическая оценка нетерапевтических исследований с участием уязвимых и переживших войну детей и подростков требует от исследователей и клиницистов проявлять достаточную осторожность в своей работе с этой группой населения, проживающей в условиях асимметрии возможностей. Получение истинного информированного согласия от опекунов и согласия от детей должно быть минимальным стандартом для нетерапевтических исследований. Те, кто проводит терапевтические исследования, также сталкиваются с этическими проблемами в виде размытых границ между ролью исследователя и клинициста, или определения наиболее подходящего терапевтического вмешательства для исследования. При проведении исследований в таких условиях необходимо тщательно сопоставлять возможные психиатрические риски и пользу для общества от документирования последствий стресса, оценки необходимости в доступе к психиатрическим и другим службам, а также эффективной помощи пережившим войну молодым людям, из которых каждый обладает потенциалом активного участия в жизни общества в будущем.

Конвенция о правах ребенка и Конвенция о правах инвалидов вселяют надежду, что вскоре наступит эра уважения прав человека как, в целом, в жизни общества, так и при проведении исследований, занимающихся поиском научных доказательств в пользу надлежащей помощи. «Включение в жизнь общества детей с инвалидностью – это вопрос не только социальной справедливости, но и важнейшего вклада в будущее общества. Он основан не на принципе благотворительности или доброй воли, а является составным элементом выражения и реализации всеобщих прав человека».

- Abebe T, Bessell S (2011). Dominant discourses, debates and silences on child labour in Africa and Asia. *Third World Quarterly*, 32:765-786.
- Adjido CT. Links Between Psychosomatic Medicine and Sorcery. In Hountondji P (eds). *Endogenous Knowledge: Research Trails* 1st edn. Senegal: CODESRIA 1997:265-278.
- Agarwal V, Abhijnhan A, Raviraj P. Ayurvedic medicine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010; 3.
- Allden K, Jones L, Weissbecker I et al. Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: report of the mental health working group. *Prehospital Disaster Medicine*, 2009; 24:s217-227.
- Applebaum PL, Roth LH, Lidz C. The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. *International Journal Law Psychiatry*, 1982; 5:319-29.
- Bagadia VN, Shah LP, Pradhan PV et al. Treatment of mental disorders in India. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, 1979; 3: 109-118.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL et al (2008) Children's mental health emergencies-part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatric Emergency Care*, 24:485-498.
- Belfer M (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:226-236.
- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008; 49: 226-236.
- Belitz J, Bailey RA. Clinical ethics for the treatment of children and adolescents: A guide for general psychiatrists. *Psychiatric Clinics of North America*, 2009; 32:243257.
- Bergen DC (2008). Effects of poverty on cognitive function: a hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71:447-451.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27:759-269.
- Betancourt TS, Borisova I, Rubin-Smith J et al (2008). *Psychosocial Adjustment and Social Reintegration of Children Associated with Armed Groups: The State of The Field and Future Directions*. Austin, TX: Psychology Beyond Borders.
- Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al (2010). Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:606-615.

- Boehnlein JK (2007). Religion and spirituality after trauma. In LJ Kirmayer, R Lemelson, M Barad (eds) *Understanding Trauma : Integrating Biological, Clinical*. New York, NY: Cambridge University Press, pp 259-274.
- Boyden J, De Berry J (2004). *Children and Youth on the Front line: Ethnography, Armed Conflict and Displacement*. Oxford: Berghahn Books.
- Brooks-Gunn J, Duncan GJ (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children*, 7:55-71.
- Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 2010; 19: 133-144.
- Carlson M. Child rights and mental health. *Child Psychiatric Clinics of North America*, 2001; 10:825-839.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*.
- Cheuk-Daniel KL, Wong V, Chen W, X. Acupuncture for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009; 2.
- Child Soldiers Initiative (2010). *The Girl Soldier. Childhood under Threat*. UNICEF (2005b). *Child Poverty in Rich Countries*. UNICEF (2006a). *The State of the World's Children 2007*:
- Cipriani C (2009). Children's Rights and the Minimum Age of Criminal Responsibility: a Global Perspective. Farnham: Ashgate.
- Cluver L, Gardner F, Operario D (2008). Effects of stigma on the mental health of adolescents orphaned by AIDS. *Journal of Adolescent Health*, 42:410-417.
- Coalition to Stop the Use of Child Soldiers (2008). *Child Soldiers: Global Report 2008*. London: Coalition to Stop the Use of Child Soldiers.
- Cohn LD, Macfarlane S, Yanez C et al (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14:217-222.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *Journal of the American Medical Association*. 290:2023-2029.
- Currie C, Todd J (2003). HBSC briefing paper 2: mental well-being among school children. In *Scotland: Age and Gender Patterns, Trends and Cross-National Comparisons*. Edinburgh, University of Edinburgh.
- Dallam S (1997). The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *The Nurse Practitioner*, 5:151-165.
- de Jong JVTM. *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in Sociocultural Context*. New York, Plenum-Kluwer, 2002.
- Dhanda A, Narayan T. Mental health and human rights. *Lancet* 2007; 370:1197-1198.
- Donald D, Clacherty G (2005). Developmental vulnerabilities and strengths of children living in child-headed households: A comparison with children in adult-headed households in equivalent impoverished communities. *African Journal of AIDS Research*, 4:21-28.

- Dua T, Barbui C, Clark N et al (2011). *Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations*. *PLoS Med* 8(11):e1001122.
- Dua T, Barbui C, Clark N et al (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, Nov;8(11):e1001122. Epub 2011 Nov 15.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S (2010). *Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009*. Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR 59 (SS-5):1-142.
- Eaton J, McCay L, Semrau M et al (2011). Global mental health 5: Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378:1592-1603.
- Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1197-1210.
- European Medicines Agency. *ICH Topic: Guideline for Good Clinical Practice*.
- Evans GW, Kim P (2007). Childhood poverty and health: cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18:953-957.
- Fakhr El-Islam M. Arab culture and mental health care. *Transcultural Psychiatry*, 2008; 45: 671-682.
- Feucht C, Patel DR. Herbal medicines in pediatric neuropsychiatry. *Pediatric Clinics of North America*, 2011; 58: 33-54.
- Foster G (2000). The capacity of the extended family safety net for orphans in Africa. *Psychology, Health and Medicine* 5:55-62.
- Garner AS, Shonkoff JP et al (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129:e224-e231
- Garvey KA, Penn JV, Campbell AL et al (2009). Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37:363-370.
- Ghaemi SN (2003). *Mood Disorders: A Practical Guide*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gibbons ED, Huebler F, Loaiza E (2005). *Child Labour, Geneva. Education and the Principle of Non-Discrimination*. UNICEF, Division of Policy and Planning.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K et al (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373:68-81.
- Gordon D (2005). *Indicators of Poverty and Hunger*. Expert Group Meeting on Youth Development Indicators, UN Headquarters, New York.
- Gordon D, Nandy S (2008). *UNICEF Global Study of Child Poverty and Disparities: Measuring Child Poverty for Policy Purposes*.

- Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42: 386-405.
- Grisso T (2004). *Double Jeopardy: Adolescent Offenders with Mental Disorders*. London: The University of Chicago Press.
- Groce NE. Disability in cross-cultural perspective: rethinking disability. *Lancet*, 1999; 354: 756-757.
- Hagemann F, Diallo Y, Etienne A (2006). *Global Child Labour Trends: 2000 to 2004*. Geneva: International Labour Organization.
- Hassan G, Rousseau C (2008). Protecting children: issues of intervention in intercultural context. *LARIC Bulletin*, 37:37-50.
- Hjern A, Angel B, Jeppson O (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Public Health* 26:18-25.
- Hoop JA, Smyth AC, Roberts LW. Ethical issues in psychiatric research on children and adolescents. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 2008; 17:127-148.
- Human Rights Watch. *Easy Targets: Violence against Children Worldwide*. New York: Human Rights Watch, 2001.
- Humphreys G (2009). Healing child soldiers. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:325-404.
- IASC Reference Group for mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC, 2007.
- Jindal V, Ge A, Mansky PJ. Safety and efficacy of acupuncture in children: a review of the evidence. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 2008; 30: 431-442.
- Kazak AE, Hoagwood K, Weisz JR et al (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Psychologist*, 65:85-97.
- Kenny E, Muskin PR, Brown R et al. What the general psychiatrist should know about herbal medicine. *Current Psychiatry Reports*, 2001; 3: 226-234.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378: 1515–1525.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011). Global mental health 2: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378:1515-1525.
- Kraus et al (2011). Practice parameters for child and adolescent forensic evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:1299–1312.
- Lalor KJ (1999). Street children: a comparative perspective. *Child Abuse and Neglect*, 23:759–770.

- Leinberger-Jabari A, Parker DL, Oberg C (2005). Child labor, gender, and health. *Public Health Reports*, 120:642-647.
- Lim A, Cranswick N, South M. Adverse events associated with the use of complementary and alternative medicine in children. *Archives of Disease in Childhood*, 2011; 96: 297-300.
- Measham T, Guzder G, Rousseau C et al (2010). Cultural considerations in child and adolescent psychiatry. *Psychiatric Times*, 27:1-6.
- Measham T, Rousseau C (2011). Family disclosure of war trauma to children, *Traumatology*, 16:85-96.
- Millard C. Tibetan Medicine and the Classification and Treatment of Mental Illness. In Schrepff M (eds). *Soundings in Tibetan Medicine: Anthropological and Historical Perspectives*. Leiden: Koninklijke Brill NV 2007:2472283.
- Munir K, Earls F. Ethical principles governing research in child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1992; 31:408-414.
- Nandy S, Irving M, Gordon D et al (2005). Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:210-216.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *Report and Recommendations: Research Involving Children*.
- Odejide AO, Oyewunmi LK, Ohaeri JU. Psychiatry in Africa: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 1989; 146: 708-716.
- Office of the United Nations High Commissioner of Human Rights (n.d.). Declarations and Reservations to the Convention on the Rights of the Child.
- Pais MS, Bissell S. Overview and implementation of the UN Convention on the Rights of the Child. *Lancet*, 2006; 367, 689-690.
- Rey JM, Walter G, Soh N. Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Psychopharmacology. In Martin A et al (eds). *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice* 2nd edn. New York: Oxford University Press 2011:353-362.
- Roberts LA. Informed consent and the capacity for voluntarism. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159:705-12.
- Rousseau C, Guzder J (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:533-549.
- Shaffer D, Pfeffer CR (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:24S-51S.
- Shonkoff JP, Garner AS et al (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, DOI: 10.1542/peds.2011-2663

- Soh NL, Walter G. Complementary medicine for psychiatric disorders in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008; 21: 350-355.
- Sphere Project. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Oxford, Oxfam, 2000.
- Sridhar D (2011). Health policy: from the clinical to the economic gaze. *Lancet*, 378:1909.
- UNICEF (2003). *Child Protection Definitions*. UNICEF (2000). *Poverty Reduction Begins with Children*. UNICEF (2005). *The State of the World's Children 2005 -*
- UNICEF (2006). *Child and Youth Participation Resource Guide*.
- United Nations (2007). *Paris Principles: Children and Armed Conflict*
- United Nations (2010). *Global Education Digest 2010: Comparing Education Statistics Across the World*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- United Nations Convention on the Rights of the Child, General Comment nr. 10 'Children's Rights in Juvenile Justice', CRC/C/GC/10, 25 April 2007.
- United Nations General Assembly, Resolution 40/33, 29 Nov. 1985, United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice ("The Beijing Rules"),
- United Nations General Assembly, Resolution 44/25, 20 Nov. 1989, Convention on the Rights of the Child, UN Doc., A/RES/44/25.
- United Nations General Assembly, Resolution 45/112, 14 Dec. 1990, United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency (The Riyadh Guidelines), UN Doc, A/RES/45/112.
- United Nations General Assembly, Resolution 45/113, 14 Dec. 1990, United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty, UN Doc, A/ RES/45/113.
- United Nations Treaty Collection (n.d.). Vienna Convention on the Law of Treaties.
- United Nations Women (2010). *Women, Poverty and Economics*.
- Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al (2011). Child development 1: Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325–1338.
- Washington, DC: US Government Printing Office, 1997.
- WHO (2000). Understanding substance use among street children. In WHO, *Working with Street Children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health Including HIV/AIDS*.
- Women and Children - The Double Dividend of Gender Equality*. UNICEF (2006b). *Street Children*.
- World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental health Gap Action Programme (mhGAP)*. Geneva: WHO.

- World Health Organization and World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns, Implications for the Future 2005*.
- World Health Organization. *Child and adolescent Atlas: Resources for Child and Adolescent Mental Health*. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005.
- World Health Organization. *Fact Sheet No 134 Traditional medicine (updated) Dec 2008*.
- World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. 2000; WHO/EDM/ TRM/2000.1: 1-74.
- World Health Organization. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. 2001; 1-89.
- World Health Organization. Regulatory Situation of Herbal Medicines: A Worldwide Review. 1998; WHO/ TRM/98.01: 1-45.
- Zion D, Gillam L, Loff B. Declaration of Helsinki, CIOMS and the ethics of research on vulnerable populations. *Nature America*, 2000; 6: 615-617.