

АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕРТВ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ISBN 978-601-305-462-9



9 786013 054629



УДК: 159.99
ББК: 88.5
М75

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» МЗ РК (заключение № 300 от «22» ноября 2021 года).

Автор: Молчанова Е.С. – кандидат медицинских наук (психиатрия), профессор направления психологии департамента социальных наук Американского Университета в Центральной Азии.

Рецензенты:

Кабакова М.П. – кандидат психологических наук, доцент, и.о. профессора Казахский национальный университет имени Аль-Фараби.

Ким Елена – PhD, Профессор отделения социальных наук Американского университета в Центральной Азии, Бишкек, Кыргызская Республика.

Дизайн и вёрстка: Осипов И.Ю.

М 75 Алгоритм психологического сопровождения жертв гендерного насилия: Методические рекомендации/ Е.С. Молчанова // Нур-Султан: Фонд народонаселения ООН 2020, 2021. – 82 с.

ISBN 978-601-305-462-9

Настоящие методические рекомендации описывают алгоритм психологического сопровождения жертв гендерного насилия. Алгоритм предусматривает оказание помощи пострадавшим от сексуального/гендерного насилия от 14 лет и старше. Алгоритм может использоваться в работе психологов, социальных работников, а также служащих кризисных центров. Применим для взрослых и подростков, подвергшихся гендерному насилию и должен обеспечить все права пострадавших на получение качественных психологических услуг, базирующихся на научно-обоснованных международных стандартах и практиках.

Документ разработан в рамках проекта Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) «Укрепление национального потенциала для улучшения профилактики и реагирования на гендерное насилие в Центральной Азии» при поддержке Правительства Великобритании. Взгляды и мнения, выраженные в данном документе, не отражают официальную точку зрения Правительства Великобритании, Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане, Организации Объединенных Наций или аффилированных с ними организаций.

УДК: 159.99
ББК: 88.5

ISBN 978-601-305-462-9

(с) Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

- I Список использованных сокращений
- II Основные термины и их определения

- 1 Введение**
 - 1.1 Обоснование необходимости создания руководства
 - 1.2 Описание процесса поиска оценки доказательств и формулирования рекомендаций.
 - 1.3 Стратегия поиска информации

- 2 Насилие, его виды и последствия**
 - 2.1 Изнасилование как травматический стресс
 - 2.2 Отдаленные последствия гендерного/сексуального насилия

- 3 Практические рекомендации для оказания психологической помощи ЛПСГН**
 - 3.1 Основные принципы оказания помощи ЛПСГН
 - 3.2 Алгоритм оказания помощи ЛПСГН
 - 3.3 Пошаговые рекомендации по оказанию психологической помощи
 - 3.4 Оценка тяжести последствий для психического здоровья пострадавшей/его
 - 3.5 Техники и подходы психологического консультирования ЛПСГН

- 4 Заключение**

- 5 Литературные ссылки**

- 6 Приложения**
 - 1. Шкала оценки риска суицида
 - 2. Шкала оценки тяжести травматического стресса
 - 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии
 - 4. Шкала безнадежности А. Бека
 - 5. Шкала оценки удовлетворенности жизнью (качества жизни)
 - 6. Брошюра для ЛПСГН
 - 7. Брошюра для специалистов, работающих с ЛПСГН
 - 8. Законодательные акты Республики Казахстан

I. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

DSM-V	Диагностическое статистическое руководство по психическим расстройствам
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГН	Гендерное насилие
КОШ	Клиническая оценочная шкала
ЛПСГН	Лица, пережившие сексуальное/гендерное насилие
МКБ–10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОРС	Острая реакция на стресс
ПМСП	Первичная медицинская помощь
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство
СН	Семейное насилие
СР	Суицидальный риск
ТС	Травматический стресс
ШОРС	Шкала оценки риска суицида

II. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термин "гендер" относится к "социально обусловленным самобытным признакам, атрибутам и ролям, отводимым женщинам и мужчинам, к социально-культурному значению, которое общество придает этим биологическим различиям, что влечет за собой создание нежелательных иерархических взаимоотношений между женщинами и мужчинами, равно как распределение власти и прав в пользу мужчин и в ущерб женщинам" [5].

Гендерное насилие, определяется как «любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью, или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни» [5].

Это всегда нарушение прав человека и форма дискриминации по гендерному признаку

К актам гендерного насилия относятся:

- Изнасилование, в том числе мужем / партнером
- Попытка изнасилования

- Другие преступления против половой неприкосновенности
- Насильственный брак, принудительный брак
- Похищение женщины для вступления в брак
- Брак в несовершеннолетнем возрасте
- Сексуальная эксплуатация
- Сексуальное домогательство
- Принуждение к порнографии
- Принудительные стерилизация и аборт
- Калечащие операции на женских половых органах
- Проверка девственности / Инцест
- Принуждение к действиям, которые в данной культуре определяются как постыдные

Лицом, пережившим гендерное насилие может быть и женщина, и мужчина, причем психологические последствия гендерного насилия для мужчин не легче, а, порой, тяжелее, чем для женщин.

Семейное насилие или насилие в семье — “любое умышленное действие одного члена семьи в отношении другого, если это действие ущемляет законные права и свободы члена семьи, причиняет ему физические или психические страдания и наносит моральный вред либо содержит угрозу физическому или личностному развитию несовершеннолетнего члена семьи” [7].

Означает «все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе, или между бывшими или нынешними супругами, или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими» [5]. Две основные формы домашнего насилия — это (1) насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга, или партнера, и (2) насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей.

Кумулятивный травматический стресс — хроническое непрерывное воздействие травматического стимула, приводящее к истощению адаптационных ресурсов индивидуума.

Насилие со стороны интимного партнера определяется как «поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический,

сексуальный или психологический ущерб, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения. Это насилие как со стороны нынешних, так и бывших супругов, и интимных партнеров» [13].

Последствия насилия для психического здоровья ЛПСГН — нарушения нормального для индивида функционирования психических процессов из-за пережитого ГН

Травматический стресс — событие, которое воспринимается индивидуумом как чрезмерное по силе, нарушающее все уровни адаптации (биологический, личностный, социальный) и требующее трансформации всего жизненного стиля.

Острая реакция на стресс — расстройство, которое проявляется сразу же после чрезмерного по индивидуальной силе воздействия травматического стресса. Может сопровождаться симптомами измененного состояния сознания, двигательными нарушениями (от возбуждения до ступора), длится от нескольких часов до нескольких дней

Посттравматическое стрессовое расстройство — психическое расстройство, которое развивается в ответ на чрезмерный по силе угрожающий силе травматический стресс.

Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с изнасилованием: форма посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое развивается у пострадавших от сексуального насилия.

Временный охранный ордер: правовой документ, выдаваемый судьей, которое накладывает определенные ограничения на поведение и действия виновника жестокого обращения. В тех случаях, когда он применяется, ордер, как правило, выдается с целью временно изъять агрессора из дома или запретить ему вступать в контакты с пострадавшей женщиной (либо только в присутствии третьих лиц). Охранный ордер обеспечивает женщинам средство защиты, предоставляя им, таким образом, время, чтобы определить, как оставаться в безопасности в долгосрочной перспективе, а не вынуждать их незамедлительно подавать на развод или искать уголовных санкций.

Диссоциация — результат действия комплекса механизмов психологической защиты, приводящий к разъединению отдельных психических и физических функций и контролю над ними.

Соматизированные симптомы — симптомы дисфункции одной или нескольких функциональных систем, не имеющие под собой физиологической основы, определяемой объективными методами исследования.

Стигматизация — социальный феномен выделения лиц по одному или нескольким социально-неодобряемым признакам (наличие психического расстройства, СПИД, принадлежность к определенной расе, профессии, статус мигранта и др.)

Суицидальное поведение (СП) — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

Внутренние формы СП:

- Антивитальные переживания — размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти.
- Пассивные суицидальные мысли — фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.
- Суицидальные замыслы — разработка плана суицида.
- Суицидальные намерения — решение к выполнению плана.

Внешние формы:

- Самоубийство (суицид) — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

- Суицидальная попытка (парасуицид) — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: прервали акт самоповешения)
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

Депрессия — патологически сниженное настроение, которое сопровождается снижением активности и интереса к жизни, длительностью 2 недели и более.

«**Психологом**» может быть названо лицо, имеющее университетское образование по специальности «психология», PhD, а также лица, которым в установленном порядке присвоены ученые степени кандидата наук по специальностям психологической науки.

Под «**психологическим консультированием**» понимается оказание профессиональной психологической помощи и поддержки человеку (семье) при помощи организации научно-обоснованного взаимодействия консультанта и клиента, при котором происходит трансформация проблемы клиента в ресурсное состояние, потенцирующее личностное развитие.

Под **жертвой насилия** в контексте данного руководства понимается **лицо любого пола, пострадавшее от насилия.**

Психологическое сопровождение пострадавшей — оказание психологической поддержки обученным специалистом (психологом, социальным работником, врачом — гинекологом) в течение всего периода расследования случая и обращения в суд

Психологическое консультирование пострадавшей — процесс работы с основными психологическими проблемами, мешающими процессу выздоровления и, таким образом, снижающими качество жизни. Наиболее частыми психологическими проблемами у жертв изнасилования становятся заниженная психическая и физическая самооценка, связанные с этим чувства стыда и вины, беспомощность, негативное отношение к телу, отсутствие доверия к себе и миру, страх близких отношений.

Активное эмпатийное слушание — прием общения, который заключается в том, чтобы услышать ЛПСГН, выделить наиболее важные моменты в высказываниях, побуждая говорить, предоставляя, при необходимости, обратную связь, отражая эмоции ЛПСГН.

Когнитивная реструктуризация — прием, позволяющий направить повествование ЛПСГН в нужном русле для того, чтобы подчеркнуть наиболее ресурсные стороны поведения ЛПСГН во-время и после травматического стресса. Безусловное позитивное принятие — особый настрой терапевта на уважение и стремление узнать и понять человека, с которым он работает

Безусловное позитивное принятие — особый настрой терапевта на уважение и стремление узнать и понять человека, с которым он работает.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Обоснование необходимости создания практического руководства

Гендерное насилие во всем мире признано нарушением основных прав женщин, насилие в отношении женщин приносит вред здоровью, отрицательно влияет на поколения и приводит к негативным демографическим последствиям [4,5,6,7,8,9,13]

В Республике Казахстан оценка масштабов проблемы весьма противоречива. Так, по данным о глобальной распространенности насилия, опубликованными ВОЗ, каждая третья женщина (35% женщин) в мире на протяжении своей жизни подвергается физическому или сексуальному насилию, причем в большинстве случаев это насилие со стороны интимного партнера. До 38% убийств женщин в мире совершается их интимными партнерами мужского пола [10,13]. Известно, что конфликтные и постконфликтные ситуации, а также перемещение людей могут усугублять существующее насилие, например, со стороны интимного партнера, и создавать дополнительные формы насилия в отношении женщин [3]

Анализ данных судебной статистики [17] показывает, что в семейном насилии превалирует супру-

жеское (67%), а также насилие со стороны взрослых сыновей (17%). Довольно высока доля насилия со стороны других родственников (11%). Также регистрируется небольшое число случаев насилия со стороны жены. Наибольшая доля пострадавших от СН — это женщины (96%), основная масса которых в возрасте до 40 лет (менее 70%) со средним образованием (около 70%). Потерпевшие обращаются за помощью в центры семейной медицины, либо в скорую медицинскую помощь (75%).

Следует отметить, что число зарегистрированных случаев насилия неуклонно растет, что связано не столько с ростом насилия, сколько с усилением внимания государства и правоохранительных органов к этой проблеме [10, 13].

Неутешительная официальная статистика, тем не менее, обнажает лишь вершину айсберга, так как большинство потерпевших предпочитает «скрывать свой позор» и не обращается за помощью.

Отказ женщин защищать свои права во многом связан с повсеместным распространением

гендерных стереотипов, которые характерны как для пострадавших, так и для лиц, которые по долгу службы обязаны оказывать им помощь. И если пострадавшие не обращаются по причине того, что не хотят огласки или боятся, то ответственные работники не желают вмешиваться. Так, например, сотрудники правоохранительных органов нередко отказываются регистрировать заявления женщин, а медицинские работники игнорируют сведения о насилии [41]. Кроме этого, неумелое интервьюирование пострадавшей/его, сопровождающееся стигматизацией и формирование чувства вины, нередко сопровождается вторичной виктимизацией. Значительная часть дел по изнасилованиям и половым преступлениям прекращается на стадии предварительного следствия. Некоторые женщины не смогли подтвердить факт изнасилования на судебно-медицинской экспертизе по причине отсутствия знаний о необходимости сохранения следов и биоматериалов до экспертизы и отказались поддерживать обвинение. Другие из-за страха огласки, третьих остановило то, что большинство следователей — мужчины.

Таким образом, проблема сексуального насилия в стране не только актуальна, но и весьма болезненна: с одной стороны, количество случаев насилия растет, с другой — как пострадавшая, так

и работники правоохранительных органов стремятся либо скрыть сам факт насилия, либо не доводить дело до судебного разбирательства и «примирить стороны».

Гендерное насилие влечет за собой тяжелейшие последствия не только для жертв, но и для общества в целом. Показано, что воздействие гендерного насилия на здоровье женщины может быть сравнимо с прочими основными причинами травматизма [1]; последствия гендерного насилия особенно серьезны в плане репродуктивного здоровья женщин [32,33,34]. Гендерное насилие воздействует на доходы в силу вызываемой им смертности, потери работы, в том числе из-за стигматизации пострадавшей [40], утраты трудоспособности субъектом насилия в силу лишения его свободы [12].

При отсутствии помощи пострадавшим, вероятность серьезных последствий для здоровья и социального функционирования пострадавших составляет почти 100% [16,18]. Следует отметить, что последствия затрагивают не только и не столько потерпевших, но и членов семьи, особенно детей. При обследовании девушек, похищенных против своей воли и изнасилованных в первую ночь пребывания в доме будущего мужа, была выявлена эмоциональная холодность и безразличие по отношению к детям.

В большинстве расчетов прямого ущерба, вызванного насилием со стороны сексуального партнера, определяется, насколько увеличивается потребление женщинами услуг здравоохранения, судебной системы и социального обслуживания, но не учитывается прямое или косвенное воздействие домашнего насилия на детей. Результатами такого воздействия становятся снижение уровня образования [33]; повышенная вероятность делинквентного поведения как подростков, так и взрослых [31]; уход ребенка из семьи на улицу; наркотическая зависимость и токсикомания; попытки самоубийства; и высокая вероятность совершения насилия в семье во взрослом возрасте [16].

Отсутствие должного внимания к проблеме способно привести к стигматизации и социальной изоляции потерпевших, суицидальным мыслям и попыткам, отказу от собственных интересов, хроническому чувству вины, унижительной зависимости от насильника и множеству других психических, духовных, социальных, а также соматических осложнений.

Признание существования проблемы — первый и едва ли не самый серьезный шаг на пути к ее эффективному решению. К сожалению, универсальные алгоритмы психологической помощи пострадавшим от гендерного насилия отсутствуют. Нет разработанных

критериев эффективности психологического вмешательства.

Таким образом, создание алгоритма по оказанию психологической помощи пострадавшим от гендерного насилия становится весьма своевременным шагом.

Цель создания алгоритма состоит в стандартизации процесса оказания психологической помощи лицам, пережившим гендерное насилие.

Задачи руководства:

- Стандартизировать психологическую помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия.
- Предоставить целевой группе пользователей современные рекомендации по взаимодействию с лицами, пострадавшими от гендерного насилия.
- Предоставить алгоритмы коммуникации, снижающие вероятность повторной травматизации пострадавших.

Целевые группы руководства: психологи, судебные психологи, социальные работники.

1.2. Описание процесса поиска оценки доказательств и формулирования рекомендаций

Все основные рекомендации в данном руководстве имеют свою градацию, которая обозначается латинской буквой от А до D (SIGN). При этом каждой градации соответствует определённый уровень доказательности данных, и это значит, что рекомендации основывались на данных иссле-

дований, которые имеют различную степень достоверности. Чем выше градация рекомендации, тем выше достоверность исследований, на которой она основана. Ниже приведена шкала, которая описывает различные уровни градации рекомендаций, включённых в данное руководство.

Таблица 1: Уровни доказательности по SIGN-50 [37]:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описания серии случаев ИЛИ неконтролируемое исследование, ИЛИ мнение экспертов. Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы.

1.3. Стратегия поиска информации

Поиск клинических руководств и международных электронных баз данных в сети Интернет осуществлялся в национальных базах данных в сети Интернет.

Таблица 2: Крупнейшие электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
Международная ассоциация	
Guidelines International Network (G-I-N)	www.g-i-n.net
Доказательство по ментальному здоровью (Evidence of Evidence-based Mental Health)	www.cebmh.com
Society of Clinical Psychiatrists	www.scpnet.com
Соединенные Штаты Америки	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	www.guideline.gov
Американская психиатрическая ассоциация	psychiatryonline.org/guidelines
Канада	
Canadian Psychiatric Association (CPA)	www.cpa-apc.org
Великобритания	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	www.nice.org.uk
Clinical Knowledge Summaries (CKS)	www.cks.nice.org.uk
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk
eGuidelines	www.eguidelines.co.uk
National electronic Library for Health	nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
Новая Зеландия	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	www.nzgg.org.nz/library.cfm
Россия	
Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины (ОСДМ)	www.osdm.org
Клинические рекомендации РФ	www.psychiatr.ru
По лекарственным средствам	
The Global Drug Database	www.globaldrugdatabase.com
British National Formulary	www.bnf.org
Реестр лекарственных средств Российской Федерации	www.rlsnet.ru

Дополнительные источники и способы поиска клинических руководств и доказательств

В поиске информации были задействованы все информационные базы Американского университета в Центральной Азии (EBSCO, Oxford on-line, PsyWeb, Web of Science), а также авторский

доступ к базам SCOPUS, Springer и Sage, доступ к базам университета штата Мичиган и Массачусетс, с использованием необходимых ключевых слов, глубина поиска составила 15 лет.

Дополнительные источники и способы поиска клинических руководств и доказательств

В связи с тем, что изначально рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам, которые необходимо было включать в клиническое руководство, в качестве опорных источников нами выбраны только те, которые были выполнены с применением принципов доказательной медицины с учетом градации рекомендаций и уровнями доказательств. Все ру-

ководства отражали процессы выявления, регистрации и дальнейшего психологического ведения ЛПСГН на всех уровнях системы здравоохранения.

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

Дополнительные источники и способы поиска клинических руководств и доказательств

На основании тщательно проведенного анализа были отобраны 4 клинических руководства, которые содержали информацию, соответствующую целям и задачам

рабочей группы (см. табл. «Характеристика отобранных клинических руководств»).

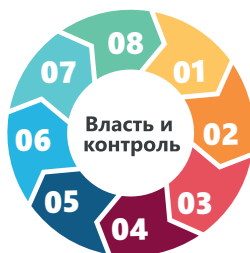
Таблица 3: Характеристика отобранных клинических руководств

	Название	Качество	Новизна	Применимость для условий РК	Описание Вариантов действий
1	WHO (2013), <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy Guidelines</i> . (WHO 2013)	+	+	+	+
2	<i>Domestic violence and abuse: multi-agency working. Public health guideline [PH50]</i> February 2014. nice.org.uk/guidance/ph50	+	+	+	+
3	<i>Domestic violence and abuse: how services can respond effectively. Local government briefing [LGB20]</i> Published date: June 2014 nice.org.uk/advice/lgb20/cha-pter/Facts-and-figures	+	+	+	+/-
4	<i>APA Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder</i> . March 2009. Guideline Watch. psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf	+	+/-	+	+
5	Клинический протокол РК «Гендерное насилие» (Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» апреля 2020 года Протокол №92) diseases.medelement.com/disease	+	+	+	+

Все публикации, перечисленные в списке использованной литературы, были тщательно проработаны и соответственно процитированы.

2. Насилие и его последствия

Схема 1. Колесо власти и контроля



1. Изоляция

Постоянный контроль того, что женщина делает, с кем дружит, встречается, разговаривает. Запрет на общение с близкими ей людьми.

2. Эмоциональное насилие

Унижение чувства собственного достоинства, словесные оскорбления, грубость, внушение мысли, что женщина плохо выполняет роль жены, матери.

3. Экономическое насилие

Не позволяет ей работать, вынуждает просить у него деньги, лишает собственных денег.

4. Сексуальное насилие

Принуждение к сексуальным отношениям.

5. Физическое насилие

Избивает, дает пощечины, применяет оружие и т.п.

6. Угрозы

Угрозы отнять детей, совершить суицид или вынудить совершить суицид.

7. Запугивание

Запугивание жестами, действиями, уничтожение предметов обихода.

8. Манипулирование детьми

Внушение чувства вины перед детьми, использование детей с целью посредничества

Схема демонстрирует одну из наиболее распространенных и используемых классификаций наси-

лия, подчеркивая, что в его основе лежит потребность в контроле и власти.

Семейное насилие и его последствия

Семейное насилие — это всегда комплексный процесс, влияющие на все стороны жизни семьи, это особый вид насилия, который никогда не бывает частичным и всегда приводит к тяжелым последствиям для всей семьи.

Акты семейного насилия совершаются в результате различных причин, но всегда с целью контролировать и властвовать над членами семьи [49].

Особенности семейного насилия

В семье могут присутствовать все возможные виды насилия, приведенные в классификации ВОЗ. Последствия семейного насилия распространяются на всех членов семьи. Поэтому при супружеском насилии страдают не только женщины, но и дети, а также престарелые члены семьи. Законодательство Республики Казахстан выделяет такие формы семейного насилия, как физическое, психическое, сексуальное. В соответствии с Законом, пострадавший от семейного насилия имеет право на:

подачу заявления в органы внутренних дел либо в прокуратуру

о факте совершенного семейного насилия или угрозы его совершения на государственном, либо официальном языках;

на транспортировку в медицинское учреждение и оказание первичной медицинской помощи;

на помещение в безопасное место либо в специализированные учреждения социального обслуживания по своему желанию;

на получение информации о защите собственной безопасности, юридической помощи и консультации

Последствия семейного насилия

Спектр последствий семейного насилия для психического здоровья достаточно широк, включает в себя расстройства рубрики F4 МКБ — 10, такие как генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное рас-

стройство, паническое расстройство, агорафобия с паническим расстройством, вплоть до расстройств психотического спектра, а также расстройства рубрики F3, такие как депрессивный эпизод разной степени тяжести

Последствия семейного насилия

Наиболее часто профессионалы сталкиваются с вариантом хронического ПТСР или расстройства личности в результате перенесенного кумулятивного стресса [27,40,41] К симптомам расстройства относятся:

- Унизительная зависимость жертвы от насильника [31,32]
- Игнорирование собственных негативных эмоций
- Ретрофлексия — вина за то, что происходит, полностью возлагается пострадавшей на себя. Чрезмерный по силе защитный механизм, помогающий восстановить смысл происходящего (я виновата, поэтому он меня наказывает).
- Насильник становится центром переживаний жертвы, которая учится распознавать его настроение, эмоции, привычки. Исчезает собственное мнение, только мнение насильника становится важным
- Идеализация насильника — любое действие либо бездействие трактуются исключительно позитивно.
- Разрушается уверенность в себе и снижается самооценка.
- Развивается безответственное отношение к своей жизни.
- Появляются признаки первого кластера ПТСР: гиперактивности / высокого уровня тревоги с различными клиническими проявлениями, включающими симптомы генерализованного тревожного расстройства и/или панических атак с агорафобией
- Утрачивается реалистичное восприятие ситуации, окружающей реальности.
- Формируются искаженный, зачастую идеализированный образ партнера и искаженное восприятие себя и своих качеств.
- Решения относительно своих действий, удовлетворения различных потребностей принимаются в зависимости от реакций партнера. Возникают значительные затруднения при принятии любого решения, что связано с неуверенностью в себе и страхом принятия ответственности за свои поступки.
- Оценка действий окружающих людей происходит в соответствии с оценками партнера.
- Возникает желание «спасти» партнера, когда тот попадает в неприятное или трудное положение, при этом часто присутствует радостное возбуждение как ожидание смягчения отношений в качестве ответа на заботу (чего на самом деле почти никогда не происходит).

Наиболее типичные **причины, не позволяющие жертвам изменить свою жизненную ситуацию** [40]:

1. Страх ухода (женщина, рискуя уйти, подвергается иногда смертельной опасности);
2. Отсутствие достоверной информации о собственных правах и возможностях;

3. Наличие жилищной проблемы (отсутствие реальных законодательных мер, гарантирующих возможность расселения или обмена общей с насильником квартиры);
4. Экономические проблемы (невозможность создания одной того же материального уровня в семье, абсолютная экономическая зависимость женщины от мужа, отсутствие работы и т.д.).

* * *

Патологический цикл, характеризующий домашнее насилие, включает в себя несколько повторяющихся фаз:

1. «Фаза нарастания напряжения» характеризуется эскалацией напряжения, словесными оскорблениями и мелкими физическими столкновениями. Жертва старается успокоить своего партнера, отчаянно пытаясь избежать серьезных конфликтов. Данная фаза может длиться неделями или даже годами до тех пор, пока напряжение не достигает переломного момента.
2. Вторая фаза, «серьезный инцидент насилия», представляет собой начало серьезного насилия, длящегося от 2 до 24 часов. Женщина не в состоянии повлиять на исход второй

фазы и может только лишь попытаться защитить себя и своих детей.

3. В третьей фазе - фазе "последствия" насильник может проявлять раскаяние, любовь и намерение измениться. Данная фаза порождает надежду жертвы на то, что насилие прекратится.

К сожалению, этот цикл почти всегда повторяется. С течением времени третья фаза имеет место все реже и реже, и женщина оказывается в ловушке между нарастанием напряжения перед вспышкой и насилием.

Для сотрудника, оказывающего помощь важно выяснять в каком цикле насилия находится пострадавшая, т.к. от этого зависит выработка стратегии оказания психологической помощи.

2.1 Изнасилование как травматический стресс

Изнасилование рассматривается в качестве одного из сильнейших травматических стрессов не по причинам сексуального характера. Отсутствие возможности контролировать происходящее, крайняя степень беспомощности, грубое посягательство и вторжение не только в физические, но и в личностные границы, наконец, угроза жизни — все вышеперечисленное превращает изнасилование в один из наиболее травматичных стрессов. Острая реакция на стресс после изнасилования развивается у 98% пострадавших [1,4,17,34,38,56].

Клиническая картина острой реакции на изнасилование была описана еще в 1972 г. Энн Бёрджис (AnnBurgess) и Линдой Хольм-

стром (LyndaHolstrom). Две исследовательницы интервьюировали и консультировали всех пострадавших от сексуального насилия, обратившихся в отделение неотложной помощи клиники города Бостон. Исследование продолжалось около двух лет, в течение которых они опросили более 600 женщин и идентифицировали «травматический синдром после изнасилования» [40].

Категории МКБ-10 [72] используются в данном руководстве не для стигматизации пострадавшей, для того, чтобы подчеркнуть исключительную по силе травму, которая наносится грубым нарушением телесных и личностных границ.

Острая реакция на изнасилование (F. 43)

Первая стадия травматического синдрома после изнасилования полностью соответствует клиническим критериям острой реакции на стресс. Типы реагирования включают несколько реакций, список далеко неполон, так как атипичной реакции на изнасилование не существует [16].

1. Реакцию борьбы/бегства (fight/flight). Данный тип реакции в классификации Энн Берджис и Линды Хольмстром получил

название «экспрессивного» — пострадавшая открыто демонстрирует такие эмоции, как нервное возбуждение, ярость, страх. Он/а может плакать, ругаться, кричать, смеяться, даже хохотать.

2. Реакция замирания (freeze). Внешне правильное, упорядоченное и разумное поведение, демонстрируемое в результате функционирования сразу нескольких механизмов психо-

логической защиты, прежде всего, отрицания и интеллектуализации. Наблюдателю может показаться, что жертва маскирует или прячет свои чувства, намеренно принимая спокойный, собранный и сдержанный вид. В этом случае пострадавшая отстраненно и логично отвечает на вопросы, перечисляя все факты в хронологическом порядке. За подобным поведением всегда скрываются вы-

раженные эмоции, такие как гнев и ужас.

3. Дезориентация. Пострадавшая испытывает дезориентацию, спутанность сознания, не может сосредоточиться, не в состоянии принимать решения. Часто пострадавшая, рассказывая о случившемся, плохо помнит, что и как именно произошло, путается и допускает фактические ошибки.

Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с изнасилованием.

ПТСР после изнасилования развивается в 58% — 62% случаев в мирное время [29] и в 90–98% случаев в военное время [28].

Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства, связанного с изнаси-

лованием, характеризуется всеми общими критериями ПТСР. Специфический характер травматического стресса определяет особенности проявления ряда симптомов, что позволяет выделить синдром Бёрджис — Хольмстром одного из вариантов ПТСР [40].

Критерии ПТСР включают в себя [28]:

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме и/ли сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.

3. Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо ответственными, либо характеризоваться как несчастный случай.
4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей

человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

Примечание: критерий А4 не применим к электронным медиа, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.

В. Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.
2. Повторяющиеся кошмарные сновидения, содержание и/ли аффект которых соотносится с травмирующим событием.
3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки — flashbacks), во время которых индивид ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения)

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой — либо аспект травматического события (событий)

5. Заметные психологические реакции по отношению к внутренним или внешним признакам чего-либо, символизирующим или напоминающим какой-либо аспект травматического события (событий)

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.
2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают травмирующие воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии.

D. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).
2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира, или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, «Я — плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»).
3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.
4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).

5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях, либо отказ от участия в социальных мероприятиях.

6. Чувство оторванности или отчуждения от других

7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь)

E. Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), что начинается после действия стрессора, либо усиливается после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.
2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение.
3. Сверхнастороженность
4. Повышенный рефлекс четверохолмия (резкое вздрагивание в ответ на громкий звук или яркий свет)

5. Проблемы с концентрацией
6. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон)

Ф. Нарушения (критерии В, С, D и E) продолжаются более одного месяца.

Г. Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.

Диссоциативными симптомами: Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в ответ на действие стрессора, индивидиум переживает упорные/повторяющиеся симптомы из следующих:

1. Деперсонализация. Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)

2. Дерезализация. Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый)

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти, поведение в состоянии алкогольной интоксикации) или другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки)

Указать, если расстройство сопровождается

Отсроченным началом. Если расстройство не соответствует всем критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

К особенностям ПТСР, связанного с изнасилованием, относятся:

А. Появление в картине ПТСР соматизированных симптомов в результате перенесенной потери контроля над собственным телом. Механизм развития соматизированных симптомов сходен с диссоциацией, в основе которой лежат такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, отрицание и изоляция. При повторных обращениях к специалистам, у пострадавших не обнаруживаются органических нарушений, которые могли бы стать причиной предъявляемых жалоб.

Соматизированные симптомы посттравматического стресса, связанного с изнасилованием, включают:

1. Общее болезненное ощущение и напряженность во всем теле. Часто болезненные ощущения ограничиваются теми частями тела, которые стали объектом применения силы — например, горло, грудь, руки или ноги.
2. Озноб, слабость, внутреннее дрожание, холодный пот, чувство онемения во всем теле
3. Нарушения режима приема пищи. Как правило, жертвы изнасилования переживают значительное ослабление аппетита. Они могут жаловаться на боль в животе, потерю ап-

петита или на странный вкус еды. Часто пострадавшие испытывают чувство тошноты при одной мысли об эпизоде насилия. В некоторых случаях пострадавшие, напротив, начинают есть больше обычного.

4. Симптомы, относящиеся к конкретному типу сексуального насилия. Например, те, кто был принужден к оральному сексу, могут жаловаться на раздражение во рту и горле. Переживших насильственную вагинальную пенетрацию могут беспокоить выделения из влагалища, зуд, жжение при мочеиспускании и общая боль. Жертвы анального изнасилования могут сообщать о ректальной боли и кровотечении.

Помимо частых соматизированных симптомов, сопровождающих клиническую картину ПТСР, связанного с изнасилованием, Бёрджис и Хольмстром описывают стадийность поведения пострадавших, выделяя:

1. Фазу дезорганизации или острую фазу, включающую острую реакцию на изнасилование, остро развивающиеся физические симптомы, которые могут быть как проявлением физической травмы, так и иметь эмоциональную при-

роду, и острые чувства стыда, вины, загрязнения тела. Эта фаза длится от нескольких дней до 2 месяцев

2. Фазу отрицания, во время которой пострадавшие безуспешно пытаются заблокировать мысли и воспоминания о случившемся. Некоторые могут оставаться в стадии отрицания годами, так что будет казаться, что они «отошли» от этого, несмотря на то, что их эмоциональные проблемы так и не были разрешены. Отрицание может быть частью процесса восстановления пострадавшей, поскольку дает ей возможность собраться с силами перед тяжелой работой по осмыслению травмы и восстановлению. Затянувшаяся стадия отрицания в значительной степени мешает процессу выздоровления.
3. Фаза реорганизации или выздоровления — пострадавшим приходится признать и начать прорабатывать подавляемые

до сих пор чувства и страхи; перестраивать себя и свою жизнь, интегрируя в нее приобретенный опыт, искать способы вновь обрести утраченное чувство безопасности.

Ретроспективное исследование травматических переживаний показывает, что реакции на травму часто похожи на реакции на потерю и печаль. Следующий список — это стадии реакций на травму среди ЛПСГН [40]:

- Шок и бесчувствие. Отрицание, самобичевание и обвинение других — в основном как механизм психологической защиты.
- Осознание потери и кризиса. Когда отходит бесчувствие, начинается боль. Могут возникнуть чувства безысходности, муки, переживания или страха, гнева, ярости.
- Реинтеграция и адаптация — переработка травматичного опыта, поиск ресурсов для дальнейшей качественной жизни

2.2. Отдаленные последствия ГН

В отдаленном периоде перенесенной травмы могут развиваться различные расстройства, включая агорафобию с паническими атаками, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-

депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивный эпизод и другие расстройства, описанные в соответствующих клинических протоколах.

Хронические изменения личности после переживания изнасилования (F 62.0)

Далеко не все пострадавшие способны переработать травматичный опыт без ущерба для своей личности. Хронические изменения личности после переживания изнасилования представляют собой результат чрезмерных по силе механизмов совладения, с одной стороны, помогающие личности защититься от возможного повторения опасной ситуации, с другой — приводящих к хронической беспомощности, сопровождаемой депрессией, социальной изоляцией и депрессивным когнитивным дефицитом.

Для диагностики хронических изменений личности, необходимы следующие диагностические критерии:

А. Наличие факта изнасилования или множественных изнасилований в анамнезе.

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустранимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

1. постоянная враждебность или недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт;
2. социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает пострадавшая), что не обусловлено имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное);
3. постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы;
4. хроническое чувство существования "на грани" или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт. Это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков;
5. постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

В. Изменение должно обуславливать или существенное нарушение личностного функционирования в повседневной жизни, или личностный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Г. Личностное изменение должно развиваться после переживания катастрофы без указаний в анамнезе на предшествующее расстройство зрелой личности или акцентуацию характера, или расстройства личности или развития в детском или подростковом возрасте, которые могли бы объяснить имеющиеся в настоящее время особенности личности.

Д. Личностное изменение должно отмечаться минимум 2 года. Оно не связано с эпизодами другого психического расстройства (кроме посттравматического стрессового расстройства) и не может быть объяснено тяжелым повреждением или заболеванием головного мозга.

Е. Личностному изменению, отвечающему вышеперечисленным критериям, часто предшествует посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Симптомы этих двух состояний могут частично совпадать, и личностное изменение может быть хроническим исходом посттравматического стрессового расстройства. Тем не менее, диагноз хронического изменения личности в этих случаях

должен определяться только если через два года посттравматического стрессового расстройства в течение еще минимум двух лет отмечаются вышеперечисленные критерии.

К отдаленным последствиям пережитого ГН относятся также необъяснимые соматические симптомы, которые длются десятилетиями и не диагностируются в рамках соматоформных расстройств [41,42,43,44], так как пострадавшие крайне редко обращаются за помощью к специалистам в области психического здоровья. К ним относятся:

- необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе боли в области таза, сексуальные расстройства, необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной и гинекологической системы, в том числе боли в области таза, сексуальные расстройства, инфекции мочевого пузыря и др.;
- необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы;

Доказано, что большинство женщин, которые жалуются на различные хронические необъяснимые симптомы в различных системах органов, испытывали гендерное насилие в той или иной форме [42]. Опыт гендерного насилия у женщин является самым стабильным фактором, предсказывающим развития мультиорганных необъяснимых симптомов, особенно гинекологических симптомов [42, 44; 48, 63].

Тревога по поводу своего здоровья (ипохондрия) также является одним из долгосрочных последствий гендерного насилия [42,53]. Наконец, все виды гендерного насилия, изученные в отдельности, (сексуальное, физическое, психологическое и др.) независимо коррелируют с повышением числа необъяснимых симптомов [42,55]

Сексуальные последствия ГН

Пострадавшие сообщают о появившемся после изнасилования страхе перед сексом и в течение какого-то времени после изнасилования не чувствуют себя в состоянии возобновить привычную сексуальную жизнь. Они испытывают снижение или полное отсутствие сексуального влечения, потерю способности получать удовольствие и/или достигать оргазма, в некоторых случаях сексуальный акт может сопровождаться болью или запустить флешбэк. Если у жертвы на момент нападения не было никакого сексуального опыта, она может начать испытывать обостренный страх перед первым добровольным сексуальным контактом. В некоторых случаях, вопреки тому, что можно было ожидать, пострадавшие, напротив, начинают вступать в многочисленные сексуальные связи, зачастую с малознакомыми или незнакомыми

людьми. Среди причин такого парадоксального изменения в поведении можно назвать стремление вновь обрести способность получать удовольствие от секса; попытки вернуть себе ощущение контроля над своим телом и сексуальностью; непреодолимое желание заново воспроизвести ситуацию, повлекшую травму для того, чтобы выйти из нее с другим исходом; проявления аутоагрессии — ненависти и отвращения к себе и к своему телу, ощущение себя грязной и заслуживающей насилия, диссоциация — они могут повлечь за собой равнодушие к своей сексуальной неприкосновенности и ощущение собственного бессилия и неизбежности насилия [18].

Пострадавшая также может беспокоиться о том, как ее партнер отреагирует на известие об изнасиловании из страха, что он

изменит свое к ней отношение. Страх перед сексом, характерный для жертв изнасилования, может значительно обостриться, если ее партнер будет настаивать на возобновлении сексуальной активности, не дожидаясь ее психологической к тому готовности. В связи с серьезным и системным характером стрессов, переживаемых

пострадавшей от изнасилования, ее отношения с партнером могут оказаться под угрозой разрыва. Показано, что почти половина пострадавших переживают разрыв романтических отношений в течение года после изнасилования [41,43].

3. Практические рекомендации для оказания психологической помощи пострадавшим от ГН

Практические рекомендации, представленные в руководстве, отвечают нескольким **задачам**:

1. Описать общие принципы оказания психологической помощи ЛПГН
2. Представить план оказания психологической помощи ЛПГН
3. Очертить объем мероприятий и правила их проведения для каждого этапа оказания помощи ЛПГН.

Практические рекомендации включают приемы, которые предупредят повторную травматизацию ЛПГН на начальных этапах взаимодействия: в скорой помощи, в кабинете судебно-медицинского эксперта, в кабинете гинеколога и врача ПМП.

3.1. Основные принципы оказания помощи ЛПГН

Специалисты, предоставляющие помощь пострадавшим, должны руководствоваться следующими принципами, **несоблюдение которых ставит под сомнение эффективность интервенций** [25,32,39,39,41,43]:

1. **Безопасность.** Этот принцип устанавливает необходимость убедиться, что пострадавшей от ГН и ее семье ничего не угрожает. Специалист, предоставляющий помощь должен проводить все разговоры с пострадавшей в безопасной обстановке. Для этого необходимо выяснить, есть ли у пострадавшей безопасное место для проживания, может ли она столкнуться с преступником. При необходимости следует предложить пострадавшей меры для обеспечения безопасности.
2. **Обеспечение отсутствия дискриминации** в отношении женщин в системе здравоохранения (статья 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин). Этот принцип обеспечивает достойное обращение с каждым пострадавшим независимо от его / ее пола, расы, этнического происхождения, образа жизни или обстоятельств инцидента(ов).
3. **Конфиденциальность.** Сохранение конфиденциальности означает, что никто, кроме уполномоченных лиц медико-санитарной помощи не имеют доступ к медицинской информации (печатные материалы, видеокассеты и т.д.) о пострадавших без их разрешения. Соблюдение конфиденциальности является важной мерой для обеспечения безопасности как жертв/лиц, переживших ГН и должна соблюдаться постоянно. Это включает в себя обмен только необходимой информацией, только по необходимости или по просьбе, и только с согласия пострадавшей. Сохранение конфиденциальности гарантирует, что пострадавшая или члены ее/его семьи не подвергнутся дальнейшим угрозам и/или насилию в результате обращения за помощью. Обмен конфиденциальной информацией в психосоциальной профес-

сии означает, что некоторая информация может быть передана другим коллегам психосоциальной сферы исключительно на основании принципа «необходимости», т.е. если на это есть медицинские причины. Это должно быть объяснено пострадавшей заранее, и она должна понимать, какая информация и кому будет передана, какие выгоды и риски это принесет, а также должно быть получено согласие пострадавшей на передачу информации. Специалисты, предоставляющие помощь должны обеспечить Конфиденциальность при проведении консультации и предоставить женщинам информацию о пределах конфиденциальности (в случае обязательного предоставления информации). В случае ГН в отношении несовершеннолетних информированное согласие на передачу информации в правоохранительные органы не требуется. Профессиональная и служебная необходимость, при наличии которой допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, предусмотрена соответствующей статьей в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

а. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

б. по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

с. в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей или законных представителей;

д. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

е. Информирование. Пострадавшие должны быть проинформированы о праве обратиться в правоохранительные органы, в организации здравоохранения и кризисные центры. Потерпевшие от изнасилования должны быть проинформированы о постконтактной профилактике ИППП, ВИЧ и нежелательной беременности в первые 72 часа.

ф. Подход, ориентированный на потребности. Сотрудники, оказывающие помощь, должны способствовать определению потребностей пострадавшей и принятию ею решения.

4. Безусловное принятие позиции пострадавшей по поводу произошедшей с ней травмы и ее значения. Помогающий специалист должен отказаться от определения тяжести и последствий произошедшего за пострадавшую, но должен предоставить возможность ей самостоятельно выразить свою позицию и ощущения. Навязывание степени тяжести произошедшего и определение чувств пострадавшей за нее может привести к дальнейшей травматизации и неверию в выздоровление.
5. Предварительное осознание собственной позиции специалиста по отношению к персональному опыту пострадавшей. Известно, что такие чувства как безразличность, осуждение, пренебрежение со стороны врача или помогающего специалиста легко распознаются пострадавшим даже под маской безупречной вежливости и усугубляют чувства вины и стыда, что приводит к повторной травматизации. В том случае, если оказывающий помощь специалист испытывает негативные предубеждения по отношению к пережившим гендерное насилие, стоит отказаться от работы с данными лицами.
6. Создание безопасных условий при оказании первичной помощи: поддержка дистанции межличностного общения (120–150 см), использование физических барьеров в случае необходимости, достаточное время для налаживания первичного контакта со специалистом.
7. Получение осознанного информированного согласия пострадавшей на получение долгосрочной психологической помощи. Краткосрочная неспециализированная психологическая помощь формального согласия не требует.
8. Создание доверительной обстановки путем визуальной и акустической изоляции. В помещении столы, кушетки, гинекологические кресла, стулья должны быть направлены в сторону от дверей и окон, так, чтобы посторонние не могли увидеть пострадавшую женщину во время консультирования и/или обследования, окна должны быть зашторены, и зоны разделены ширмами.
9. Осведомленность и соблюдение культуральных особенностей при оказании помощи или проведении консультаций. Представители помогающих профессий должны быть осведомлены о культуральных особенностях, продиктованных региональной, этнической, религиозной или языковой при-

надлежностью пострадавшей или ее семьи. Специалисты должны стараться учитывать вышеперечисленные факторы при проведении осмотра или

оказании помощи, особенно при наличии возможных культуральных различий между пострадавшей или специалистами.

3.2. Алгоритм оказания психологической помощи ЛПСНГ

Оптимальный алгоритм оказания помощи ЛПСНГ имеет много общего с подходом к оказанию психологической помощи больным ПТСР и пострадавшим от различных видов насилия, но и имеет свои особенности. Одни из целей любой психологической помощи, которые являются актуальными

и при помощи пострадавшим от гендерного насилия — это восстановление позитивного отношения к себе, контроля над собой, принятие себя, а также восстановление контроля над своим телом и своей жизнью, который был потерян после грубого вторжения в границы личности.

Общие принципы психологической работы с ЛПСНГ:

В работе с пострадавшими от ГН специалисты должны руководствоваться принципом **безусловного позитивного принятия** личности ЛПСНГ. Данный принцип был предложен Карлом Роджерсом в 1959 году и представляет собой особый настрой психолога или терапевта на уважение и стремление узнать и понять человека, с которым он работает. Данный подход к работе, при правильном использовании, позволяет создать атмосферу доверия между специалистом и пострадавшей и наладить контакт. Частью данного подхода является **эмпатийное активное слушание**. Прием заключается в том, чтобы услышать пострадавшую, выде-

лить наиболее важные моменты в ее высказываниях, побуждая ее говорить, предоставляя, при необходимости, обратную связь, отражая эмоции пострадавшей. Применение данного подхода на начальных этапах взаимодействия крайне важно, так как дает возможность пострадавшей/ему высказаться без спешки, исключает давление на пострадавшую, и позволяет ей почувствовать, что ее ситуация не безразлична для работающих с ней специалистов.

Повторное изложение пострадавшей событий — свободный рассказ о случившемся. Прием применяется не только для получения информации, но и для

стабилизации самооценки и снижении чувств вины и стыда. Сам факт обращения пострадавшей за помощью интерпретируется как безусловное доказательство ее смелости.

Поиск внутренних ресурсов для дальнейшего выздоровления —

побуждение к свободному рассказу о достижениях, которые были в личном опыте пострадавшей до травмирующей ситуации. К ресурсам относятся любые переживания безопасности, чувство

свободы и контроля над собой и окружающим миром.

Техники расслабления — любые приемы, например, техника прогрессивной мышечной релаксации, помогающие восстановить контроль над своим телом.

Техники работы с образом реально достижимого будущего, включающие любые приемы позитивной визуализации себя через определенные промежутки времени.

3.3. Пошаговые рекомендации оказания психологической помощи

Шаг 1. Диагностическое интервью/опрос

Приветствие и информирование. Приветствуйте пострадавшую в доброжелательной манере (встаньте, встретьте у входа, проводите в помещение, предложите ей/ему сесть). Представьтесь, назвав фамилию, имя, отчество. Попросите пострадавшую представиться. Во время интервью:

- Избегайте физического контакта с жертвой/лицом, пережившим ГН, или сопровождающими лицами, а также резких движений. Это может оказаться стрессом для жертв/лиц, переживших ГН, особенно для людей, страдающих от физического насилия.
- Спросите пострадавшую о ее желании участвовать в интервью самостоятельно или в присутствии ее сопровождающих. При первичной встрече и в последующем, рекомендует-ся предоставить пострадавшей возможность говорить с психологом без присутствия третьих лиц в течении хотя бы части сессии/интервью.
- Спросите пострадавшую о ее желании работать со специалистом определенного пола.

- Проинформируйте пострадавшую о праве обратиться в правоохранительные органы и организации здравоохранения, об имеющихся службах помощи и кризисных центрах, о постконтактной профилактике ВИЧ, ИППП и нежелательной беременности в первые 72 часа (в случае изнасилования), о праве выбора получить или отказаться от помощи.

Информированное согласие.

Получите у пострадавшей письменное информированное согласие на услуги, которые будут предоставлены. Если пострадавшая не умеет читать и писать, заявление о согласии должно быть прочитано для нее и должно быть получено устное согласие (данный факт будет указан в форме осознанного согласия или других формах). При устном изъяснении согласия желательна присутствие свидетелей со стороны учреждения. Предоставьте надлежащую информацию для осознанного согласия. Сообщите жертве/лицу, пережившему ГН, о возможных последствиях обмена информацией о случае с другими учреждениями/поставщиками услуг. Объясните право пострадавшей на ограниченное согласие, и выбирать, какая информация будет оглашена, а какая будет храниться в тайне.

Разъяснение принципа конфиденциальности. Проинформируйте пострадавшую об обязательной юридической отчетности медицинских и правоохранительных учреждений перед прокуратурой об инцидентах /случаях ГН. Также проинформируйте ее о необходимости возможной госпитализации в случае выявления сиюминутных мыслей о суициде или нанесении себе физических повреждений, а также мыслей или стремлений навредить другим людям. Объясните пострадавшей возможную необходимость сообщить информацию о ее намерении навредить окружающим, правоохранительным органам. Напомните пострадавшей о том, что в случае судебного разбирательства вся информация, предоставленная ею, может быть предоставлена суду по требованию суда.

Опрос. Попросите ЛПГСН описать своими словами что произошло, рассказать о лице, совершающем насилие, о видах насилия, текущем инциденте ГН и предыдущих инцидентах ГН. Попросите ЛПГСН быть конкретным. Во время опроса давайте возможность пострадавшей высказаться, не торопите ее, давайте ей понять, что Вы не торопитесь и у Вас есть время, необходимое пострадавшей/ему чтобы рассказать о случившемся.

Информация, которую необходимо выяснить при опросе:

Соберите и зарегистрируйте информацию о жертве ГН, включая: демографическую информацию (имя, возраст, пол, национальность, количество детей, семейное положение, образование и т. д.), полученное согласие, анамнез (т.е. общую медицинскую и гинекологическую историю), отчет об инциденте, результаты физического обследования, исследований и их результатов, план лечения, данные или назначенные лекарственные препараты.

- Соберите и зарегистрируйте полную информацию об инциденте, в том числе: доказательства в поддержку предполагаемого преступления; история других инцидентов, в том числе с предыдущими партнерами; отношения между жертвой/лицом и преступником; тип насилия; было ли применено оружие (как и какого типа); свидетели, присутствующие при инциденте, в том числе дети
- Опишите подробно последствия насилия (физического, психического и социального). Опишите как краткосрочные, так и долгосрочные последствия.
- Опишите факторы риска (наличие детей в семье, отсутствие у пострадавшей альтернативного места жительства или места работы, беременность, и т. д.) и защиты (поддержка со стороны третьих лиц и семьи, наличие у пострадавшей профессии и места работы, наличие у пострадавшей альтернативного места жительства, благоприятное финансовое положение и т. д.)
- Выясните, связано ли насилие со стороны обидчика с историей употребления наркотических средств или алкоголя и продолжает ли обидчик принимать наркотики/алкоголь
- Выясните частные и протяженные последствия ГН, которые оказали влияние на жизнь пострадавшей
- Оцените уровень опасности в настоящий момент
- Узнайте о предыдущих усилиях по борьбе с насильственными ситуациями, стратегиях выживания, предыдущих попытках уйти от жестокого обращения
- Выясните положение детей, их отношение к ГН, их отношения с родителями, их подверженности насильственному обращению в семье
- Выясните и удовлетворите основные непосредственные потребности пострадавшей (голод, жажда, сонливость)

Информация, которую необходимо выяснить при опросе:

По результатам опроса, составьте и запишите действия, планируемые или проводимые для разрешения ситуации насилия, в том числе: 1) направленные на осуществление безопасности, 2) на оказание дальнейшей психологической помощи пострадавшей, и 3) на улучшение ее финансового и жилищного положения. Окажите помощь ЛПГН, в составлении плана безопасности с целью повышения собственной безопасности и безопасность своих детей, если потребуется (см. раздел План безопасности). Объясните и согласуйте также и долгосрочный план безопасности и обменяйтесь подробной контактной информацией для последующих действий.

Изучите с ЛПГН, возможность получения охранного (запретительного) временного / охранного судебного ордера (в случае применимости). Предоставьте надежное и экстренное безопасное жилье до тех пор, пока непосредственная угроза не будет устранена. Убедитесь в соблюдении всех мер безопасности, в том числе: конфиденциальности места (по возможности), присутствия сотрудников служб безопасности и системы безопасности. Убедитесь, что обеспечена безопасность и удовлетворены потребности сопровождающих детей.

Примерный план безопасности для ЛПСГН:

1. Составить список лиц (друзей, соседей), которые могут быть вызваны в чрезвычайной ситуации или которые могли бы предоставить убежище в течение нескольких дней.
 - a. Соберите сумку безопасности и положите ее в место, откуда ее можно будет легко взять в чрезвычайной ситуации.
 - b. Используйте свои инстинкты и суждения. Если ситуация опасна, рассматривайте вариант предоставить обидчику то, чего он хочет, чтобы его успокоить. У вас есть право защищать себя и своих детей.
 - c. Составить список контактов специалистов и учреждений, куда можно обратиться за срочной и долгосрочной помощью.
2. Выявить одного или несколько соседей, которым можно сказать о насилии, и попросить их помочь, если они услышат подозрительные звуки в вашем доме.
3. Определить пошаговый план как покинуть дом:

При составлении плана безопасности, позаботьтесь предоставлении пострадавшей следующих услуг:

- Изучите возникшие трудности и помогите жертве/лицу, пережившему ГН, их преодолеть; пересмотрите проблемы, план и дальнейшие действия.
- Прочие дополнительные услуги. Предоставьте материальную и финансовую помощь: экстренный транспорт, питание, безопасное жилье, основные предметы личной и медицинской необходимости, наличные деньги на некоторые расходы (например, оплату судебно-медицинского

свидетельства, поездку на такси до и от месторасположения других служб).

- Окажите помощь жертве/лицу, пережившему ГН в установлении их личности посредством поддержки при подготовке, восстановлении или замене документов, удостоверяющих личность.
- Обеспечьте правовую информацию жертвам/лицам, пережившим ГН, в отношении их прав и набора доступных средств, таких как развод/заключение брака, опека над детьми, попечительство, ограничительные/защитные меры и миграционный статус.

Подходы и техники при проведении опроса и составлении плана безопасности:

Проведение опроса и первичного осмотра является важной частью предоставления психотерапевтической помощи пострадавшей, так как в процессе первичного интервью налаживается контакт с пострадавшей, пострадавшая начинает раскрываться и доверять специалистам проводящему опрос. Поэтому в процессе проведения опроса важно проявлять терпение, давать потерпевшей время рассказать свою историю, не давить на нее и не торопить.

Задавайте открытые вопросы

«Расскажите мне...», «Как все произошло?», «Расскажите о [обидчике, Вашем муже] ...», «Вы хотели бы рассказать о том, что случилось?», «Вы не против рассказать о том, что случилось?». Обязательно спрашивайте, что пострадавшая чувствует по поводу того, что случилось, и нормализуйте ее чувства (говорите, что Вы понимаете ее чувства и сопереживаете ее переживаниям и боли)

Применяйте рефлексии для того, чтобы поддержать пострадавшую во время ее рассказа. Отражайте

и давайте обратную связь на то, что она Вам рассказала, с целью продемонстрировать, что Вы слушаете и понимаете ее. Не задавайте вопросов во время того, как пострадавшая рассказывает Вам об инциденте насилия — только поддерживайте ее возвращая ей то, что она рассказывает и отражая ее эмоции (если пострадавшая не делится эмоциями, отражайте те эмоции, которые, Вам кажется, она испытывает в данный момент)

Если Вам необходимо задать ряд закрытых конкретных вопросов, подождите, пока пострадавшая закончит свой рассказ, выразите собственные чувства по поводу того, что она рассказала. Затем предупредите пострадавшую, что

Вам необходимо задать необходимые простые вопросы, чтобы лучше понять ее ситуацию, и попросите ее разрешения на это. По возможности, оставьте демографические и прочие фактические вопросы на конец опроса — такие образом, Вы не будете отвлекать пострадавшую от рассказа и дадите ей понять, что Вы внимательно слушаете, а, следовательно, Вам можно доверять.

Не прерывайте пострадавшую, чтобы уточнить детали. Объясните ей, что она не должна рассказывать вам то, что ей неприятно. Пострадавшие могут опустить или избегать описания подробностей нападения, которые являются особенно болезненными или травмирующими.

Как задавать вопросы о гендерном насилии.

1. Берите на себя инициативу при расспросе о насилии — не ждите, что пострадавшее лицо само все расскажет. Это показывает, что вы берете на себя профессиональную ответственность за ее\его ситуацию, и это помогает строить доверительные отношения.

2. Избегайте задавать вопросы о ГН обратившемуся в присутствии члена семьи, друга или детей.

3. Задавайте вопросы для разъяснений и уточнений, только после того, как она\он завершит свой рассказ.

Используйте «прояснение» и «уточнение»:

- «Если я вас правильно понял/а ...»,
- «Только что Вы сказали...»,
- «Я услышал/а, что Вы...»,
- «Правильно ли я Вас понял/а, что...»
- «Расскажите поподробнее об этом. Могли бы Вы более полно описать...»

1. Сформулируйте вопросы в благоприятной и непредвзятой манере, используя сочувствующий тон. Примерные вопросы:

- Как вы себя чувствуете?
- Вы можете говорить о том, что случилось?
- Какие чувства Вы испытываете сейчас?
- Какие меры безопасности вы предприняли, чтобы избежать повторного насилия?
- Вы можете довериться кому-либо из родственников?
- Что Вас останавливает от обращения в правоохранительные органы?
- Есть ли у Вас свидетели?

2. Избегайте закрытых и альтернативных вопросов (содержащих «или»)

- Все, что говорит клиент называется «текстом» и вопросы нужно задавать к «тексту», а не к своей интерпретации того, что говорит клиент.
- Используйте открытые вопросы **Что? Когда? Как?**
- Избегайте вопросов, начинающихся с “почему”, которые, как правило, подразумевают вину жертвы ГН.

– Попросите, чтобы жертва описала то, что произошло. Позвольте ей говорить в удобном для нее темпе.

– Не прерывайте, чтобы уточнить детали. Объясните ей, что она не должна рассказывать вам то, что ей неприятно.

Перед составлением плана действий и плана безопасности, убедитесь, что ЛПГН рассказала и проговорила все, что хотела. Постарайтесь оценить, готова ли она перейти к планированию каких-либо действий (это обычно выражается «разговором перемен» — упоминанием желания или потребности, чтобы все было по-другому). Когда пострадавшая начинает проявлять «разговор перемен», не торопитесь перейти к планированию действий, а поговорите с ней о важности ее желания менять что-то, о ее смелости, поддержите ее желание, делая упор на то, что это ее желание, а не Ваше — только в этом случае пострадавшая захочет развивать эту тему и лидировать в вашем разговоре.

При составлении плана действий и плана безопасности, сначала попросите пострадавшую выразить ее собственные идеи относительно результатов, стратегий выживания, ее ресурсах, предыдущих попытках изменить ситуацию. Изучите вместе с все эти способы решения ситуации. Привлекайте

пострадавшую постоянно к разработке всех компонентов плана. Если Вы встречаете сопротивление, снижайте темп разговора и отражайте тот факт, что пострадавшей тяжело представить кардинальные изменения, хотя она их хотела бы перемен. Давайте ей понять, что Вы оставляете выбор за ней (даже если у Вас есть свое мнение на этот счет).

При составлении плана действий, рассмотрите все возможные действия. *Обязательно включите вариант не менять и не делать*

ничего. Это даст пострадавшей чувство большей свободы и чувство, что на нее не давят.

Примите возможность неудачи интервенции и/или предпринятых действий и объясните это жертве/лицу, пережившему ГН. Содействуйте обдумыванию последствий, которые могут произойти.

Узнавайте постоянно, особенно в начале и в конце каждой сессии, существуют ли еще какие-либо темы, которые пострадавшая хотела бы обсудить.

Шаг 3. Осуществление перенаправления пострадавшей к другим поставщикам услуг

Сообщите жертве о возможности быть направленной к другим поставщикам услуг, согласно ее просьбе и/или при необходимости. В соответствии с потребностями и желаниями потерпевшей, направьте ее/его к другим поставщикам услуг. Получите информированное согласие жертвы на осуществление направления. Дополнительно обсудите нюансы конфиденциальности с потерпевшей — напомните о ее праве выбора того, какая информация будет представлена другим поставщикам услуг, а какая — нет.

Напомните о правовом регулировании данного процесса. Непосредственными ключевыми службами,

которые могли бы обеспечить существенную поддержку лицам, пережившим ГН, являются:

- ближайшее учреждение, которое может помочь ей/ему в сборе доказательств;
- милиция (для представления официальной жалобы);
- медицинское учреждение для оказания медицинской помощи;
- центры предоставления долгосрочной психологической помощи;
- социальные работники, центры социальной помощи, кризисные

центры, предоставляющие услуги временного проживания, поддержку в процессе поиска жилья, работы, юридической поддержки в ходе развода и раздела опеки над детьми, а также поддержку в процессе социальной интеграции.

Имейте в наличии и постоянно обновляйте каталог учреждений/организаций, которые предоставляют услуги жертвам/лицам, пережившим ГН. Каталог должен включать название учреждения, контактное лицо, адрес, другие контактные данные, перечень предоставляемых услуг. Заключите соглашения и составьте протоколы о процессе направления с соответствующими поставщиками услуг/учреждений, включая четкие обязанности каждой службы. Убедитесь, что процедуры предоставления услуг поставщиками/учреждениями для направления потерпевших являются согласованными и доведены до сведения персонала.

Обеспечьте клиента номерами бесплатных телефонных линий помощи, предпочтительно предоставляющих поддержку 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, или, как минимум, в течение четырех часов в день, включая выходные и праздничные дни. Убедитесь, что персонал, отвечающий на звонки, обладает соответствующими знаниями, навыками и соответствующей подготовкой. Убе-

дитесь, что линии помощи имеют в наличии протоколы, связывающие их с другими социальными службами, службами здравоохранения и правосудия для реагирования на индивидуальные обстоятельства ЛПГН.

Предоставьте потерпевшей полную и достоверную информацию о поставщиках услуг, следуя схеме, описанной ниже:

КТО — какое учреждение/организация предоставляет услуги жертвам/лицам, пережившим ГН, включив контактную информацию лица (имя, номер телефона), с которым можно связаться, чтобы получить возможность воспользоваться данной услугой

ЧТО — какую помощь они могут получить от конкретного поставщика услуг, включая информацию о расходах, связанные с использованием данной услуги

ГДЕ — точное расположение (точный адрес) места предоставления указанных услуг

При осуществлении направления дополните его коротким письменным отчетом и, при необходимости, телефонным разговором с другим поставщиком услуг. Это необходимо сделать, чтобы оградить ЛПГН от многочисленных опросов, проходя снова через психологическую травму, вызванную инцидентом ГН.

Поощряйте самостоятельность ЛПГН путем предоставления ей/ему возможности самостоятельно осуществить направление. Если

необходимо и возможно, сопроводите жертву к упомянутому поставщику услуг.

Этапность оказания помощи ЛПСГН

При любых мерах вмешательства основное внимание следует уделять безопасности как вопросу первостепенной важности. Это означает, во-первых, что следует воздерживаться от совершения любых действий, даже с наилучшими намерениями, которые мог-

ли бы означать угрозу дальнейшего насилия для пострадавших. Как подчеркивается в Руководстве ВОЗ, «любое вмешательство должно соответствовать принципу «не навреди» и обеспечивать равновесие между полезным действием и вредом» [40].

3.4. Оценка тяжести психологических последствий

При любых мерах вмешательства основное внимание следует уделять безопасности как вопросу первостепенной важности. Это означает, во-первых, что следует воздерживаться от совершения любых действий, даже с наилучшими намерениями, которые мог-

ли бы означать угрозу дальнейшего насилия для пострадавших. Как подчеркивается в Руководстве ВОЗ, «любое вмешательство должно соответствовать принципу «не навреди» и обеспечивать равновесие между полезным действием и вредом» [40].

Оценка тяжести последствий изнасилования для психического здоровья ЛПСГН

А. Если жертва доказанного акта изнасилования моложе 16 лет, то психологические последствия перенесенного травматического стресса следует оценивать как «тяжелые» независимо от того, каким образом сама жертва интерпретирует случившееся.

дит период становления. Грубое вторжение в личностные и телесные границы в возрасте до 16 лет нарушает личностную динамику и приводит к необратимым для личности последствиям (Тарабрина, 2009).

Обоснование: До 16 лет сексуальное развитие личности прохо-

Б. Если жертва изнасилования старше 16 лет, то психологиче-

ские последствия перенесенного травматического стресса следует оценивать, как «тяжелые» независимо от того, каким образом интерпретируется случившееся.

Обоснование: Доказано, что в старческом возрасте (70 и старше) изнасилование вызывает обесценивание предыдущего сексуального опыта и воспринимается как особенно унижающий акт.

ВАЖНО:

В тех случаях, когда у жертвы развивается состояние измененного сознания, диссоциативные расстройства любой диагностической категории, психотическая симптоматика, по времени свя-

занная с изнасилованием, а также фиксируется одна или несколько суицидальных попыток, то последствия изнасилования для психического здоровья ЛПГН следует оценивать как «тяжелые».

ВАЖНО:

Выявление высокого суицидального риска, вероятности нанести вред другим (например, детям),

требует принудительной госпитализации

В других случаях тяжесть последствий изнасилования для психического здоровья пострадавшей в других случаях должна проводиться только квалифицированным специалистом в области психического здоровья, предпочтительно — судебным психиатром или психологом. Клиническое интервью с пострадавшей обязано сопровождаться объективизацией оценки тяжести перенесенного травматического стресса в соответствии с приведенным ниже алгоритмом. В качестве переменных для проведения оценки взяты:

- тяжесть суицидального риска по клиническому интервью, зафиксированные в протоколе шкалы оценки риска суицида (ШОРС) (Приложение 1);
- показатели шкалы субъективной оценки тяжести травматического стресса (Приложение 2)
- Показатели Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Приложение 3)

Оценка суицидального риска по клиническому интервью.

Оценка суицидального риска включает в себя анализ факторов риска суицида и клиническую оценку суицидальных намерений пострадавшей. Ниже перечислены критерии высокого суицидального риска. При обнаружении хотя бы одного из критериев, пострадавшую следует госпитализировать. Состояние высокого суицидального риска может быть диагностировано при наличии у пострадавшей при выявлении у ЛПГН:

Устойчивых фантазий о смерти, прямых или косвенных высказываний о нанесении себе телесных повреждений или самоубийстве (высказывания и фантазии могут варьироваться от представления

себя мертвой до таких высказываний как «Я хотела бы уснуть и не проснуться», либо высказываний о том, что пострадавшая не представляет себе жизни после произошедшей травмы);

Высказывания сожаления о том, что «пострадавшая осталась в живых».

Состояние тяжелой депрессии (см. клинический протокол по депрессии);

Высказывание открытого желания нанести себе физический вред или покончить с собой;

Описание конкретного плана нанесения себе повреждений или совершения самоубийства.

Вышеописанные признаки могут сопровождаться и усугубляться:

Проявлением чувств тяжёлого стыда и вины за произошедшее, проявлением тяжелой обиды, негативного отношения к себе, выражение отвращения к своему телу и к себе как личности;

Высоким уровнем безнадёжности в высказываниях и отсутствием надежды на выздоровление или получение помощи;

Заметной импульсивностью в поведении, отличной от привычного поведения потерпевшей;

Выраженными физическим или психическим страданием.

Суицидальный риск должен оцениваться как очень высокий, если:

У пострадавшей попытки покончить с собой или попытки нанесения себе физических повреждений;

У пострадавшей отсутствует социально-психологическая поддержка со стороны семьи.

Результаты клинического интервью фиксируются в протоколе шкалы оценки риска суицида — ШОРС (Приложение 1)

Таблица 4: Определение тяжести последствий для психического здоровья по результатам клинического интервью, опросникам и клиническим оценочным шкалам

Суицидальный риск ШОРС (Приложение 1)	Субъективная оценка тяжести ТС (Приложение 2)	Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (Приложение 3)	Тяжесть последствий изнасилования Для психического здоровья
Зафиксированная парасуицидальная попытка	Не имеет значения	Не имеет значения	Тяжелые
Высокий СР, не было парасуицида	Высокие баллы ТС	Высокие баллы	
Умеренный СР	Высокий ТС	Высокие баллы	Тяжелые/умеренные, нуждается в дальнейшем наблюдении
	Высокий ТС	Высокие баллы	
	Высокий ТС	Высокие баллы	
	Высокий ТС	Высокие баллы	
Низкий СР или нет СР	Умеренный или низкий ТС	Умеренные или низкие баллы	Умеренные

Профессионал в области психического здоровья будет оценивать последствия ГН для психического здоровья пострадавшие в тот момент, когда он/а попадет в поле его зрения.

Методики, выбранные для руководства, применимы как для острого периода после травмы, так и для первых нескольких недель после перенесенного изнасилования.

3.4. Оценка тяжести последствий семейного насилия для психического здоровья ЛПСН

В рамках «стрессовой» терминологии семейное насилие определяется как хронический кумулятивный стресс, который приводит к:

1. Хронической безнадежности,
2. Общей неудовлетворенностью жизнью, что приводит к
 - a. Депрессии, тревоге и социальной изоляции
 - b. Симптомам соматизации, которые не связываются жертвой с фактами домашнего насилия и служат причинами частых обращений за помощью к врачам ПМСН.

Интервью с ЛПСН, правила проведения которого изложены выше, должно дополняться следующим алгоритмом диагностики степени тяжести последствий для психического здоровья. Выявление симптомов соматизации проводится на этапе клинического интервью.

В качестве переменных для экспресс — оценки тяжести последствий семейного насилия для психического здоровья ЛПСН взяты показатели следующих психометрических инструментов:

1. Шкала безнадежности А. Бека
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии
3. Шкала удовлетворенности жизнью (качества жизни — QLESQ)

Рекомендуемые психометрические инструменты необходимы на первых этапах оценки тяжести состояния. Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики рекомендуется пользоваться более чувствительными клиническими шкалами, составляющими инструментарий профессионального специалиста в области психического здоровья.

Таблица 5: Алгоритм оценки тяжести последствий семейного насилия для психического здоровья ЛПСГН по результатам клинического интервью, опросникам и клиническим оценочным шкалам

Шкала безнадежности Бека (Приложение 4)	Шкала удовлетворенности жизнью (Приложение 5)	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Приложение 3)	Тяжесть последствий СН для психического здоровья ЛПСГН
Высокие баллы	Высокие баллы	Высокие или умеренные баллы	Тяжелые
	3 ответа и более соответствуют оценке 4		
	Низкие баллы		
Умеренные баллы	Высокие баллы	Высокие баллы	Тяжелые
	Умеренные	Умеренные	Умеренные
	Низкие баллы	Высокие	Тяжелые
	3 ответа и более соответствуют оценке 4	Высокие или умеренные	Тяжелые
Низкие баллы или нет безнадежности	Умеренный или низкий ТС	Умеренные или низкие баллы	Умеренные
Низкие баллы или нет безнадежности	Умеренный или низкий ТС	Умеренные или низкие баллы	Следует проверить результаты. Потерпевшая может скрывать/отрицать последствия для защиты насильника, либо использовать концепцию СН для шантажа близких. Еще раз проверить, действительно ли СН

Показания для срочного перенаправления пострадавшей/его от гендерного насилия к психиатру

Если специалист помогающей специальности отмечает любое поведение из перечисленных ниже, пострадавшую следует госпитализировать даже при отсутствии согласия с ее стороны.

- A. Высокие показания шкал, свидетельствующие об опасности причинения вреда себе или окружающим
- B. Поведенческие признаки
 - 1. Женщина кажется спокойной, но не ориентируется в собственной личности, месте, времени, у нее блуждающий или застывший взгляд;
 - 2. Женщина находится в состоянии двигательного возбуждения (бежит, дерется, срывает с себя одежду) и не реагирует на окружающее;
 - 3. Она не помнит, что с ней произошло;
 - 4. Не узнает близких и знакомых;
 - 5. Не может двигаться или пошевелить руками, хотя признаков грубых физических повреждений нет;
 - 6. У пострадавшей судороги (любого характера);
 - 7. Пострадавшая разговаривает сама с собой, к чему-то прислушивается;
 - 8. Пострадавшая находится в одной позе без изменения положения тела минутами;
 - 9. Пострадавшая пытается дотянуться и схватить предметы, которыми она может поранить (или убить) себя и окружающих; наносит себе вред.
 - 10. Рассказывает о том, что за ней следят, каждый мужчина хочет ее изнасиловать, ее мысли читают или любые другие ложные суждения;
 - 11. Стереотипно выполняет странные, выпадающие из контекста данной конкретной культуры действия (качает невидимого ребенка, пишет что-то, пытается проглотить несъедобные предметы).

Обсуждение решения о госпитализации с пострадавшей

По принятии специалистом решения о принудительной госпитализации необходимо провести с пострадавшей беседу по факту данного решения и объяснить позицию специалиста или учреждения, которое осуществляет направление на принудительную госпитализацию. Так как принудительная госпитализация может быть травматичным событием для пострадавшей и восприниматься как негативные последствия обращения за помощью, необходимо максимально разъяснить позицию

специалиста, доводы в пользу госпитализации, и также, по возможности, добиться согласия потерпевшей на добровольную госпитализацию.

Если пострадавшая находится в измененном состоянии сознания, или найдена после суицидальной попытки, а также при наличии признаков психотического расстройства с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, она должна быть госпитализирована без промедления.

3.5. Техники и подходы психологического консультирования

Краткосрочное психологическое консультирование

1. Индивидуальное психологическое консультирование на первичном этапе направлено в первую очередь на: постоянную поддержку, изучение и поддержание мотивации к конкретным изменениям, планирование и поддержку при осуществлении конкретных действий и намеченных изменений, формирование и поддержание самостоятельности потерпевшей. На данном раннем этапе не должна вестись глубокая проработка травмы, фокус должен быть на безопасно-

сти и следовании намеченному плану действий и подкреплению самостоятельности. В процессе первичного индивидуального консультирования с женщинами, пострадавшими от насилия, допустимы такие подходы и техники как: клиент-центрированная терапия Роджерса [33], Мотивационное Интервьюирование [50], Когнитивно-Поведенческий подход [51, 52], а также подходы, основанные на достижении цели и эффективности принятия решений (например, Solution-Focused

Therapy) [53]. Во время психотерапевтической работы психологу следует избегать давления, высказывание или указание намеками на собственную позицию, уговаривания потерпевшей принять то или иное решение. В период сразу после травмирующего события следует действовать очень медленно и помогать пострадавшей прийти к собственному пониманию того, чего ей хотелось бы достичь.

В процессе индивидуального психологического консультирования важно понять мотивы женщины остаться или уйти из отношений и не подразумевать, что Вы знаете решение женщины уже потому, что она обратилась за помощью. Доказано, что страх женщины перед возможной необходимостью разрывать отношения, разводом и разделом детей является одним из основных факторов, мешающих женщине трезво принимать решения, обращаться за помощью и продолжать психологическое консультирование [45]. Занятие психологом жесткой позиции по этому вопросу может уменьшить доверие клиентки в возможность помощи и усилить страх перед переменами. Важно помнить, что большинство убийств в семье происходит при попытке жертвы разорвать отношения, и страх потерпевшей перед этим решением может быть обоснован [46].

2. Семейные консультации. Одним из факторов, влияющих на решение женщины обратиться за квалифицированной помощью, а также принять решение о прекращении отношений с обидчиком является наличие стабильной поддержки со стороны родственников и близких [47]. Одной из целей психологического вмешательства является включение членов семьи в работу с потерпевшей, по ее желанию. Члены семьи могут быть подготовлены в процессе консультирования к предоставлению постоянной поддержки потерпевшей, к оказанию ей помощи при обретении самостоятельности. Также члены семьи могут оказать помощь потерпевшей в процессе открытия факта насилия тем членам семьи, кто может иметь негативные взгляды на разрывание отношений с обидчиком, и могут быть негативно настроены по отношению к потерпевшей.

3. Группы самопомощи могут быть организованы самими потерпевшими, либо различными органами или специалистами для женщин, переживших насилие, независимо от срока давности. Данные группы могут вести самими потерпевшими, так и психологами или социальным работником. Участие в группе может предоставить женщинам, пережившим насилие, поддержку, а также служить важной платформой, где женщины могут поделиться информацией о правовых,

жилищных вопросах, вопросах трудоустройства и др. Регулярное участие в группе может служить дополнительным мотиватором для потерпевшей/его: регулярно делиться в группе переживаниями, которых она достигла.

4. Контакт со специалистами смежных профессий. В процессе предоставления психологической помощи психолог обязан предоставить потерпевшей необходимую информацию касательно жилищных вопросов, вопросов безопасности и других вопросов, критических для обеспечения безопасности потерпевшей и предоставления ей помощи в процессе нахождения жилья и работы. По возможности, психолог должен перенаправить клиентку к социальному работнику для постоянных консультаций и поддержать клиентку в процессе консультаций с социальным работником и осуществления планов, предложенных им. Психолог также должен, с согласия клиентки, обменивать-

ся информацией с социальным работником, а также с другими специалистами, работающими с клиенткой (психиатрами, врачами, и др.).

5. В рамках первично консультационной помощи, женщина, пострадавшая от насилия, должна быть направлена **на постоянные консультации с социальным работником** по жилищным, правовым вопросам, а также по вопросам дополнительного образования, профориентации и трудоустройства. Финансовая зависимость от обидчика является одним из важных факторов, называемых самими женщинами как причину возвращения в отношения с насильником [48]. Таким образом, совместная деятельность всех задействованных специалистов должны быть направлена на повышение веры потерпевшей в свои способности, приобретение дополнительных навыков и трудоустройство.

Критерии эффективности краткосрочного психологического консультирования

1. Субъективное улучшение состояния: пострадавшая/ий говорит, что стало спокойнее, улучшилось настроение, стала легче засыпать. Уменьшение выраженности симптомов соматизации и любых иных проявлений нарушения контроля над телом. Общее улучшение самочувствия и объективное улучшение здоровья.
2. Восстановление привычного режима приема пищи, привычного режима сна и бодрствования.

3. Появление заинтересованности повседневными делами, появление желания чем-то заняться. Объективно — повышение активности, общительности.
4. Появление позитивных перспектив будущего, желание делиться планами. Позитивные высказывания о прошлом, настоящем и будущем.
5. По отношению к травмирующему событию, пострадавший/ая легче рассказывает о событии, легче проговаривает детали произошедшего. Говорит в формате «там и тогда» вместо «здесь и сейчас». Исчезновение флэшбэков (автоматических воспоминаний о произошедшем в виде картинок и чувства), исчезновение рефлекса четверохолмия (вздрагиваний от резких звуков и яркого света).

Долгосрочные меры психологического вмешательства

Последствия перенесенного насилия — психические, социальные, физические и юридические, могут сохраняться в течение длительного времени. Вовремя оказанная психологическая помощь снижает риск развития долгосрочных последствий, таких как хроническое расстройство личности, однако, у 20% ЛПСГН [34] отмечаются сниженное настроение, повышенный уровень личностной тревожности, снижение социального статуса из-за стигматизации обществом, высока вероятность сохранения наиболее ярких симптомов соматизации, превращающих пострадавших в хронических пациенток отделений первичной медицинской помощи и врачей-гинекологов.

Основная цель долгосрочного психологического вмешательства состоит в работе с комплексом мишеней — психологических проблем, препятствующих использованию всех возможных ресурсов пострадавших для восстановления и повышения прежнего качества жизни. Наиболее частыми психологическими препятствиями, мешающими изменениям, могут быть психические расстройства как отдаленные последствия перенесенной травмы. К ним относятся: обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, расстройства психотического спектра. Принципы работы с перечислен-

ными расстройствами изложены в соответствующих протоколах и руководствах. Отмечается также формирование хронического интрапсихического конфликта, вызывающего снижение самооценки, фиксирующее зависимое положение в обществе [18].

Долгосрочные меры психологического вмешательства не могут быть изолированы от общественной системы в целом и требуют трансформации отношения всего общества к проблемам гендерного насилия. Тем не менее, к основным мерам долгосрочного психологического вмешательства, применимым в наших условиях, можно отнести разнообразные подходы психологического консультирования.

Один из методов, получивших распространение на Западе, является метод продолжительного погружения в комплексе с когнитивно-поведенческими техниками [54, 56]. Метод заключается в постепенном погружении клиент/а/ки в травмирующие воспоминания, постепенный контакт с окружением, которое

может напоминать о травме, предоставлении клиентке детального образования по вопросам последствий травмы, а также когнитивных методов реструктуризации и рефрейминга мыслей и страхов. Данный метод был признан эффективным в работе с пострадавшими от различных видов насилия.

Критерии эффективности долгосрочного психологического консультирования включают:

1. Субъективное улучшение состояния пострадавшего лица;
2. Изменение пострадавшего лица представления о себе, повышение самооценки;
3. Появление независимости в суждениях, самостоятельности в принятии жизненно-важных решений;
4. Изменение прежде привычных жизненных стереотипов, приводивших к зависимости от насильника
5. Позитивное восприятие жизни и будущего.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный алгоритм оказания помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия, составлен с учетом всех доступных, основанных на доказательствах источниках. Изнасилование представлено как травматический стресс, подробно описаны расстройства, которые могут возникать после изнасилования. В документе сделан акцент на оказание психологической помощи пострадавшим, в частности, составлению плана безопасности.

Все приложения согласованы с практикующими в этой сфере специалистами, брошюры для пострадавших, для врачей и работников правоохранительных органов разработаны специально для данного алгоритма.

Алгоритм будет подспорьем в работе практикующего психолога и социального работника.

4. ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ

1. Аверьянов В. В. Психологическая травма как патогенный фактор развития личности // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (Санкт-Петербург, 5–7 июня 2006 года) / под общей редакцией И. А. Баевой, Ш. Ионеску, Л. А. Регуш, С. А. Чернышёвой. — СПб.: ООО «Книжный Дом», 2006. — С. 135–136.
2. Добряков И. В., Никольская И. М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009 — Т. 109. — № 12. — С. 29–33.
3. Ениколопов С., Кузнецова Ю., Чудова Н. (2014) Агрессия в обыденной жизни /. Изд-во Российская политическая энциклопедия, С. 496
4. MONEE (Центральная и Восточная Европа, СНГ, страны Балтики) // Региональный мониторинговый доклад № 6 под ред. Гашпрал Файтома, 2007.
5. Информационный бюллетень ВОЗ «Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин». Ноябрь 2016. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ru>
6. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 30, 2013 г. — Женщины при предотвращении конфликтов, во время военных конфликтов и в послевоенных условиях. (ОР № 30 к КЛДЖ) URL: <http://hrlibrary.umn.edu/russian/gencomm/Ronwomen.html>
7. Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбульская конвенция), 2011 г. URL: <http://www.assembly.coe.int/LifeRay/EGA/WomenFFViolence/2019/2019-HandbookIstanbulConvention-RU.pdf>
8. Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Отчет с пояснениями к Стамбульской конвенции). 2011 г. URL: https://unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.30/2017/nov_worksession/7_Diaz_RUS.pdf
9. Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием, официальный сайт Бюро договоров Совета Европы: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=210&CM=1&CL=ENG>
10. Елиференко А., Темирова Т., Молдошева А. /Сколько стоит насилие в семье? (При поддержке совместного проекта Европейского Союза и ООН): <http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/gender/UNDP-kgz-How-much-violence-in-a-family-costs.pdf>
11. «Продвижение добросовестного управления для достижения социальной справедливости» (ЕС в сотрудничестве с ООН, 2014): <http://abt.kg/news/show/48>
12. Моррисон Э. и Орландо, Б. 2004 г. //Последствия гендерного насилия и вызванный им ущерб в развивающихся странах: выбор методики анализа и новые данные: <http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPGENDER/Resources/ResultsGenderViolenceRU.pdf>
13. Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин// Информационный бюллетень ВОЗ N239, 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ru/>

14. Никольская И. М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков; учеб. пособие для врачей и психологов. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2009. — 51 с.
15. Никольская И. М. Метод серийных рисунков и рассказов — новая арт-терапевтическая технология // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. — 2010 (10), № 2.; 2011, № 1 (11).
16. Тарабрина Н. (2009). Психология посттравматического стресса/М.: Изд-во «Институт психологии РАН».
17. Официальный сайт Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин: URL: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAW.Index.aspx>
18. Помощь жертвам, пережившим кризисное событие / Методическое пособие общественного центра «Сестры». Москва, 2011 год
19. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н. В. Тарабриной. — Часть 1. Теория и методы. — М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
20. Резолюция Совета безопасности № 1820 (2008 г.) о женщинах, мире и безопасности. (Security Council 2008). URL: <http://www.equalpowerlastingpeace.org/ru/resource/rezolyutsiya-1820-2008/>
21. Федунина Н. Ю. (2006) Экстренная психологическая помощь. Законы жанра// Московский психотерапевтический журнал, № 4. — С. 22–25
22. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и Центральной Азии. // Сборник материалов / Региональное бюро ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Сеть WAVE и ЮНФПА. 2014: <http://www.health-genderviolence.org/sites/default/files/download/WAVE-UNFPA%20RUSSIAN%20.pdf>
23. Эйдемилер Э. Г., Никольская И. М., Беляков Н. А. Арт-терапия — терапия искусством и творческим самовыражением // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н. А. Белякова. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — Т. 1. — С. 149–232.
24. Этический кодекс психологов. Издательство Американского университета в Центральной Азии, Бишкек 2013. — С. 45
25. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства под ред. Э. Б. Фоа, М. Т. Кина, М. Дж. Фридмана (E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, 2000). — М.: «Когито-Центр», 2005. — 467 с.
26. Aciero R et al. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 13:541–563.
27. APA Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. March 2009. Guideline Watch. Retrieved from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf
28. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
29. Bracha, S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrum*. Vol. 9 — N. 9
30. Bracha S., Williams A, Haynes S., Kubany E., Ralston T., & Yamashita J. (2004) The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): a brief checklist for acute distress, with panic-like sympathetic indicators; development and factor structure. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 3:8

31. Brownmiller S. *Against our Will: Man, Woman and Rape*. New York, 1976.
32. Burgess A., Holmstrom R. Rape trauma syndrome // *American J. of Psychiatry*. — 1974. — V.
33. Cambron, C., Gringeri, C., & Vogel-Ferguson, M. B. (2014). Physical and mental health correlates of adverse childhood experiences among low-income women. *Health & social work*, 39(4), 221–229.
34. Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., & ... Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157.
35. Campbell, R., Lichty, L. F., Sturza, M., & Raja, S. (2006). Gynecological health impact of sexual assault. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 399–413.
36. Chandler, H., Ciccone, D., & Raphael, K. (2006). Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Medicine*, 7(4), 344–352.
37. CINP (Международное общество нейropsychофармакологии). Технический обзор рабочей группы «Обоснованное применение антидепрессантов». — 2006. — СПб. — 174 с. 131. — P. 981–985.
38. Coker, A., Sanderson, M., Fadden, M., & Pirisi, L. (2009). Intimate partner violence and cervical neoplasia. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(9), 1015–1023.
39. Domestic Abuse Intervention Programs, The Duluth Model: <http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html>. (Domestic Abuse Intervention Programs)
40. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Public health guideline [PH50] (2014). Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>
41. Domestic violence and abuse: how services can respond effectively. Local government briefing [LGB20] Published date: June 2014. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/advice/lgb20/chapter/Facts-and-figures>
42. Domestic Violence Assessment Instrument (DOVA). LoekyDrozen, Aim for Human Rights/Rights for Change, 2010.
43. Dowdall-Thomae, C., Culliney, S., Piechura, J. (2009). Peer Support Action Plan: Northwest Fire and Rescue. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 11, no. 3, pp. 177–184.
44. Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668–1673.
45. Egan, Gerard. (1998). *The Skilled Helper*, 6th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
46. Everly, G.S., Jr., and Mitchell, J.T. (1997). *Critical Incident Stress Management: A new era and standard of care in crisis intervention*, Chevron Publishing Corp.
47. Freddy J.R., Donkervoet J. C. (1995) Traumatic stress: An overview of the field. — In Freddy J. R. & Hobfoll S.E. (Eds.), *Traumatic stress. From theory to practice* (pp. 3–28). New York: Plenum.
48. Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York, NY: Springer Science & Business Media.
49. Graham, Dee L. R., Edna I. Rawlings, and Roberta K. Rigsby. (1994). *Loving to Survive: Sexual Terror, Men's Violence and Women's Lives*. New York: New York University Press.
50. Gray J. (1988). *The Psychology of Fear and Stress*. 2nd Ed., NY, Cambridge University Press. Golding J. (1999). *Sexual-assault history and long-term physical health problems: Evidence from clinical and*

population epidemiology. *Current Directions in Psychological Science* (Wiley-Blackwell), 8(6), 191–194.

51. Heise, Lorie L., Pitanguy, Jacqueline, Germain, Adrienne (1994), *Violence against Women, The Hidden Health Burden*, World Bank Discussion Papers, 255. (Heise et al 1994)

52. Heise, Lorie L. (1998), *Violence against women: an integrated, ecological framework*, *Violence against women*, 4(3): 262–290.

53. Cognitive response to stress
Horowitz M.J., Becker S. S. Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // *Psychoanalysis and contemporary science*. Vööl. 1 / Eds. R. Holt, E. Peterfreund. — N.Y., Macmillan, 1972.

54. Human Rights Watch. Вызывайте, когда будет убивать. Реагирование государства на семейное насилие в Кыргызстане. 2015: www.hrw.org/ru

55. Jansen, A., Nguyen, V., Karpitskiy, V., Mettenleiter, T. C., & Loewy, A. D. (1995). "Central command neurons of the sympathetic nervous system: Basis of the fight-or-flight response." *Science*, 270, 644–646.

56. Kanner A. D., Coyne J. C., Schaefer C., Lazarus R. S. (1981) Comparison of two modes: Daily hassles and uplifts versus major life events. — *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1–39.

57. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder the burden to the individual and to society / R. C. Kessler // *J. Clin. Psychiatry*. 2000. — Vol. 61. — P. 4–12.

58. Leithner, K., Assem-Hilger, E., Naderer, A., Umek, W., & Springer-Kremser, M. (2009). Physical, sexual, and psychological violence in a gynecological–psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*

Biology, 144, 168–172

59. Levin, P. (1997) *Awaking the Tiger-Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, California: North Atlantic Books.

60. Prevalence and association with gynecological symptoms. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1128–1132.

61. A monitoring mechanism for multi-sectoral cooperation to prevent and respond to domestic and gender-based violence in Osh and Jalal-Abad, authors: T. Isakunova, L. Ilbezova, T. Tyulekova. (UNFPA 2013)

62. World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva. World Health Organization.

63. WHO (2005a), *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence*, authors: Claudia García-Moreno, Henrica A. F.M. Jansen, Charlotte Watts, Mary Carroll Ellsberg, Lori Heise. (WHO 2005a)

64. WHO (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines*. (WHO 2013)

65. WHO, PAHO (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Introduction. P. 42

66. WHO, *RESPECT Women: Preventing Violence against Women*: URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>

ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА ПАТТЕРСОНА

(ШОРС)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 – женский
Возраст	1 – <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (фиксация на травме, депрессивное сужение восприятия)	1 – расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск)
до 10 (очень высокий риск)

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2, низкий риск	Наблюдение
3 – 4, средний риск	Дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5 – 6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7 – 10, очень высокий риск	Госпитализация (в том числе принудительная)

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

Инструкция:

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Обратите внимание, что перечисленные симптомы касаются Вашего самочувствия в течение последней недели Вашей жизни.

№		Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать всё случившееся				
2	Я не могла спокойно спать по ночам				
3	Некоторые вещи заставляли меня всё время думать о том, что со мной случилось				
4	Я чувствовал/а постоянное раздражение и гнев				
5	Я не позволял/а себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что-то напоминало мне о нём				
6	Я думал/а о случившемся против своей воли				
7	Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или всё, что тогда происходило, было нереальным				
8	Я старался (старалась) избегать всего, что напоминало мне о случившемся				

9	Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10	Я был всё время напряжен (напряжена) и сильно вздрагивал/а, если что то внезапно пугало меня				
11	Я старался (старалась) не думать о случившемся				
12	Я понимал/а, что меня до сих пор буквально переполюют тяжёлые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал/а, чтобы их избежать				
13	Я чувствовал/а что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14	Я вдруг замечал/а, что действую или чувствую себя так, как будто бы всё ещё нахожусь в этой ситуации				
15	Мне было трудно заснуть				
16	Меня буквально захлёстывали непереносимо тяжёлые переживания, связанные с той ситуацией				
17	Я старался (старалась) вытеснить случившееся из памяти				
18	Мне было трудно сосредоточить своё внимание на чём либо				

19	Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал/а неприятные физические ощущения – потел/а, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т. д.				
20	Мне снились тяжёлые сны о том, что со мной случилось				
21	Я был/а постоянно настрожен/а и всё время ожидал/а, что случится что-то плохое				
22	Я старался (старалась) ни с кем не говорить о случившемся				

Интерпретация

Никогда – 0 баллов

Редко – 1 балл

Иногда – 2 балла

Часто – 3 балла

Субшкала «вторжение»: сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «избегание»: сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «возбудимость»: сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Общий балл: сумма всех баллов.

Сумма баллов:

до 10 – низкий ТС;

10 – 16 – умеренный ТС

16-25 – высокий

Выше 25 – крайне высокий

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Инструкция:

«Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте

крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали в последнее время. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

Т	Я напряжен/а. Мне не по себе
3	все время
2	часто
1	время от времени, иногда
0	совсем не испытываю
Д	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство
0	определенно это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	это совсем не так
Т	Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
3	определенно это так, и страх очень сильный
2	да, это так, но страх не очень сильный
1	иногда, но это меня не беспокоит
0	совсем не испытываю
Д	Я способен (способна) рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0	определенно, это так
1	наверное, это так
2	лишь в очень малой степени это так
3	совсем не способен
Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3	постоянно
2	большую часть времени
1	время от времени
0	только иногда

Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	
3		постоянно
2		большую часть времени
1		время от времени
0		только иногда
Д	Я чувствую себя бодрым (бодрой)	
3		совсем не чувствую
2		очень редко
1		иногда
0		практически все время
Т	Я легко могу сесть и расслабиться	
0		определенно, это так
1		наверное, это так
2		лишь изредка это так
3		совсем не могу
Д	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	
3		практически все время
2		часто
1		иногда
0		совсем нет
Т	Я испытываю внутренне напряжение или дрожь	
0		совсем не испытываю
1		иногда
2		часто
3		очень часто
Д	Я не слежу за своей внешностью	
3		определенно это так
2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0		я слежу за собой так же, как и раньше
Т	Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться	
0		определенно, это так
1		наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен
Д	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	
0		точно так, как и обычно
1		да, но не в той степени, как раньше
2		значительно меньше, чем раньше
3		совсем не считаю

Т	У меня бывает внезапное чувство паники	
3		действительно, очень часто
2		довольно часто
1		не так уж часто
0		совсем не бывает
Д	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы	
0		часто
1		иногда
2		редко
3		очень редко

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- **«тревога»** (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)
- **«депрессия»** (четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При **интерпретации результатов** учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 0–7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),
- 8–10 — субклинически выраженная тревога/депрессия,
- 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

ШКАЛА ОЦЕНКИ БЕЗНАДЕЖНОСТИ

А. БЕКА

Инструкция:

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждое из приведённых ниже утверждений. Укажите, насколько верно каждое из них описывает Вас, и обведите цифру в соответствующей графе справа. Необходимо дать ответ на каждое утверждение

№		Верно	Неверно
1	Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом		
2	С тем же успехом я могу просто плюнуть на все, так как я не могу сделать свою жизнь лучше		
3	Когда дела идут плохо, мне помогает знание о том, что так не может продолжаться вечно		
4	Я не могу представить, какой будет моя жизнь через десять лет		
5	У меня достаточно времени, чтобы успеть сделать то, что для меня наиболее важно		
6	В будущем я надеюсь преуспеть в том, что занимает меня больше всего		
7	Мое будущее кажется мне темным		
8	Я полагаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека		
9	Мне просто не дают передышки и я не думаю, что в будущем станет легче		
10	Мой прошлый опыт хорошо подготовил меня к будущему		
11	Все что я вижу впереди скорее неприятно, чем приятно		
12	Я не ожидаю получить то, чего я действительно хочу		
13	Когда я думаю о будущем, я надеюсь, что буду счастливее, чем сейчас		
14	Ничего в жизни не складывается так как я хочу		
15	Я верю в свое будущее		

16	Я никогда не получаю то, что хочу, а значит хотеть чего-либо глупо		
17	Очень маловероятно, что я буду доволен своим будущим		
18	Мое будущее кажется мне очень туманным и неопределенным		
19	Я ожидаю от будущего больше хорошего, чем плохого		
20	Бесполезно действительно стремиться получить то, что я хочу, так как скорее всего у меня ничего не получится		

Обработка результатов

№	ОТВЕТ	БАЛЛ	№	ОТВЕТ	БАЛЛ
1	НЕВЕРНО	□	11	ВЕРНО	□
2	ВЕРНО	□	12	ВЕРНО	□
3	НЕВЕРНО	□	13	НЕВЕРНО	□
4	ВЕРНО	□	14	ВЕРНО	□
5	НЕВЕРНО	□	15	НЕВЕРНО	□
6	НЕВЕРНО	□	16	ВЕРНО	□
7	ВЕРНО	□	17	ВЕРНО	□
8	НЕВЕРНО	□	18	ВЕРНО	□
9	ВЕРНО	□	19	НЕВЕРНО	□
10	НЕВЕРНО	□	20	ВЕРНО	□

Интерпретация

Максимальная сумма – 20 баллов

0-3 балла – не выявлена безнадежность

4-8 баллов – легкая степень

9-14 – умеренная

15 и выше – тяжелая

ШКАЛА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ

Инструкция:

Ниже приведены пять высказываний, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. Используя 7-балльную шкалу, поставьте каждому высказыванию подходящий, по вашему мнению, балл. Пожалуйста, будьте честны и откровенны в своих ответах.

1. Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу.

1. Совершенно не согласна
2. Не согласна
3. Скорее не согласна
4. Не уверена в ответе
5. Скорее согласна
6. Согласна
7. Совершенно согласна

2. Условия моей жизни превосходные.

1. Совершенно не согласна
2. Не согласна
3. Скорее не согласна
4. Не уверена в ответе
5. Скорее согласна
6. Согласна
7. Совершенно согласна

3. Я удовлетворена своей жизнью.

1. Совершенно не согласна
2. Не согласна
3. Скорее не согласна
4. Не уверена в ответе
5. Скорее согласна
6. Согласна
7. Совершенно согласна

4. Пока я достигала в главном всего, чего хотела в жизни.

1. Совершенно не согласна
2. Не согласна
3. Скорее не согласна
4. Не уверена в ответе
5. Скорее согласна
6. Согласна
7. Совершенно согласна

5. Если бы я могла прожить свою жизнь еще раз, я бы почти ничего в ней не изменила.

1. Совершенно не согласна
2. Не согласна
3. Скорее не согласна
4. Не уверена в ответе
5. Скорее согласна
6. Согласна
7. Совершенно согласна

Инструкция:

Полученные баллы суммируются. Минимальный балл по шкале – 7, максимальный – 35.

В случаях СН психолога должна насторожить как минимальная, так

и максимальная оценка качества своей жизни. Если большинство ответов с оценкой 4 (не уверена), следует также считать результат высоким.

Брошюра для лиц, пострадавших от сексуального гендерного насилия

Сексуальное насилие недопустимо и является уголовно наказуемым преступлением.

Все люди, включая фактических и потенциальных жертв сексуального насилия, имеют право на защиту и соблюдение их конституционных прав, таких как право на жизнь, свободу и безопасность личности, право не подвергаться пыткам и бесчеловечному, жестокому или унижительному обращению, право на здоровье, на конфиденциальность, получение доступной качественной медицинской помощи в удобной, уединенной обстановке.

Государство по закону обязано принимать все необходимые меры, чтобы предотвратить насилие и гарантировать для всех пострадавших от насилия доступ к качественному медицинскому обслуживанию и реабилитации.

Если Вы подверглись сексуальному насилию со стороны знакомого или незнакомого человека, Вы вправе получить комплексную помощь и защиту со стороны уполномоченных государственных структур (служба неотложной медицинской помощи, органы внутренних дел, судебная экспертиза, социальная помощь) и общественных организаций

(кризисные центры, убежища, медицинские и правозащитные клиники, кабинеты психолога).

Органы внутренних дел / правоохранительные органы

Для своевременного и эффективного реагирования правоохранительных органов в случае сексуального насилия необходимо подать заявление сразу после инцидента.

В случае, если собраны доказательства и факт насилия зафиксирован (заключение суд-медэкспертизы), то Вы можете воспользоваться правом подать заявление в любое время, но не позднее истечения срока давности (до 10-ти лет после инцидента).

Обратитесь в ближайшее отделение органов внутренних дел или сообщите о случившемся по телефону 102.

Напишите заявление о факте сексуального насилия в двух экземплярах (или снимите копию). Сообщите данные о себе, о месте и времени происшествия, приметы преступника(ов). Постарайтесь очень подробно описать, что происходило, вспомните детали, которые важны для следствия.

Расскажите сотруднику ОВД о свидетелях и/или очевидцах и, если Вам известно, укажите их имена и телефоны.

Оцените существующие риски и угрозы Вашей безопасности и сообщите об этом при подаче заявления, чтобы сотрудники ОВД предприняли необходимые меры по обеспечению убежища и/или охраны.

Уполномоченный сотрудник ОВД должен зарегистрировать Ваше заявление.

Запишите номер регистрации заявления, ФИО сотрудников ОВД и их телефоны. Один экземпляр заявления (или копию) оставьте себе.

Если сотрудники ОВД не принимают заявления, потребуйте встречи с руководством.

По Вашему заявлению и показаниям следователи должны возбудить дело.

Следователь дает направление на проведение судебно-медицинской экспертизы, и при необходимости предпринимает

меры по обеспечению физической безопасности и охраны пострадавшей (шего).

ВАЖНО ЗНАТЬ, что прохождение судмедэкспертизы и медицинского осмотра сразу после случившегося позволит получить основные доказательства в ходе дальнейших судебно-следственных мероприятий.

Документированные повреждения и образцы, например, крови, волос, слюны и спермы, собранные в течение 72 часов после инцидента, помогут поддержать историю пострадавшей (шего) и определить нападавшего (их). Если пострадавшая (ший) обратится более чем через 72 часа после насилия, то количество и типы доказательств, которые могут быть собраны, уменьшаются и будут зависеть от ситуации.

Не стесняйтесь задавать вопросы сотрудникам ОВД.

ПОМНИТЕ, что Ваше заявление и активное содействие следствию может помочь остановить насилие как в отношении Вас, Ваших близких, так и общества в целом.

Судебные врачи – эксперты

Судебно-медицинские эксперты — это врачи, в обязанности которых входит фиксирование всех имеющихся повреждений, сбор доказательств биологического происхождения, консультирование пострадавшей (шего) от сексуального насилия.

Прохождение судебной медицинской и психолого/психиатрической экспертизы — это возможность засвидетельствовать следы сексуального насилия и полученных физических и психических травм.

Нужно сообщить врачам обо всех имеющихся у Вас травмах или повреждениях, включая повреждения половых органов.

Для получения полноценных доказательств после предполагаемого насилия необходимо своевременное изъятие судмедэкспертами вещественных доказательств биологического происхождения (в течении 72 часов).

До прохождения экспертизы лучше не принимать душ, не совершать гигиенические процедуры. Также необходимо сохранить белье, одежду, предметы, которые служили орудиями преступления — на них может остаться биологический материал насильника (сперма, кровь, волосы, пот, т.д.).

Документированные повреждения и образцы, например, крови, волос, слюны и спермы, собранные в течение 72 часов после инцидента, помогут поддержать историю пострадавшей (шего) и определить нападавшего (их). Если пострадавшая (ший) обратится более чем через 72 часа после насилия, то количество и типы доказательств, которые могут быть собраны, уменьшаются и будут зависеть от ситуации.

При осмотре судмедэксперт делает фотографии ран и поврежденных участков тела, которые будут приложены к заключению / акту освидетельствования.

Вся информация о Вашем состоянии в результате сексуального насилия будет зафиксирована врачом в специальных формах («Акт судебно-медицинского освидетельствования» и «Заключение эксперта»), одна копия которых в обязательном порядке будет передана в правоохранительные органы. Следовательно обязан ознакомить пострадавшую (шего) с заключением судмедэксперта.

Если Вы не захотите обращаться и писать заявление в правоохранительные органы сразу после инцидента, Вы сможете сделать это позже. Врач выдаст справку о прохождении судебно-медицинского освидетельствования. Ваше обра-

щение и проведение освидетельствования будут зарегистрированы в специальном журнале под определённым номером.

Биологический материал, собранный во время освидетельстования,

хранится в течении 3-х лет, а медицинская информация — 25-ти лет, без доступа к данной информации третьих лиц.

Не стесняйтесь задавать вопросы эксперту.

ВАЖНО! Судмедэксперт должен сообщить и направить Вас за профилактической медицинской помощью по вопросам нежелательной беременности, рисков заражения ИППП и ВИЧ.

В течение первых 72 часов после случившегося необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- по профилактике нежелательной беременности.

Врач

Врач — медицинский специалист, в обязанности которого входит оказание качественной медицинской помощи, консультирование и информирование пострадавшей (шего) от сексуального насилия, в условиях конфиденциальности и только после получения информированного согласия на медицинский осмотр.

Вы можете обратиться в скорую помощь (тел: 103), к семейному или другому врачу, который может оказать Вам неотложную помощь.

Сообщите врачу об имеющихся у Вас травмах или повреждениях, включая повреждения половых органов.

ВАЖНО! Врач обязан зарегистрировать Ваше обращение в специальном журнале и заполнить специальную форму медицинского осмотра в случаях насилия в трех экземплярах. В этих документах будут подробно изложены результаты осмотра и заключение врача. Полная копия заполненной формы будет выдана Вам, а другая в обязательном порядке будет передана в правоохранительные органы.

Врач обязан оказать необходимую медицинскую помощь, предоставить консультирование и информирование, при необходимости перенаправить Вас к узким специалистам в другие медицинские и реабилитационные центры.

В случае если Вы подверглись насилию в период беременности, обсудите данную ситуацию с врачом.

Не стесняйтесь задавать вопросы врачу.

ВАЖНО! Врач должен проинформировать и направить Вас за профилактической медицинской помощью по вопросам нежелательной беременности, рисков заражения ИППП и ВИЧ.

В течение первых 72 часов после случившегося необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;

ВАЖНО! В первые 72 часа после предполагаемого насилия пострадавшей (шесту) необходимо пройти судебную медицинскую экспертизу.

Сохраните предметы, которые служили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления.

Переживания лучше обсудить с психологом, работающим по решению проблем такого рода. Обратитесь в кризисные центры.

В соответствии с законодательством освидетельствование факта насилия производится только судмедэкспертом или врачом в присутствии уполномоченного сотрудника правоохранительных органов с составлением соответствующего акта.

- по профилактике нежелательной беременности.

Не обвиняйте и не осуждайте пострадавшую (шесту).

Создайте безопасные условия проживания. Не выясняйте факты, не обсуждайте случившееся с родственниками, соседями.

Содействуйте в обращении пострадавшей (шесту) к врачам, судмедэкспертам, в правоохранительные органы.

Важно! В течение первых 72 часов после случившегося пострадавшей (шесту) необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- по профилактике нежелательной беременности.

Брошюра для специалистов, работающих с ЛПГСН

Общая информация:

Представьте, полностью назвав свои ФИО и должность, проинформируйте о Вашей компетенции в оказании помощи.

Ведите беседу с пострадавшим/шей спокойно и доброжелательно. Вы должны быть открыты для общения. Демонстрируйте Вашу заинтересованность в оказании помощи. Тон голоса, выражения лица и глаз, содержание слов должны подчёркивать Вашу обеспокоенность произошедшим.

Соблюдайте принцип конфиденциальности, которая обеспечивается тем, что консультирование пострадавшего/шей и сбор данных проходит в частных условиях и вся без исключения документация по делу доступна только специалистам и их коллегам, непосредственно вовлечённым в оказание помощи.

Дайте возможность пострадавшему/шей рассказать о случившемся до Ваших вопросов. Слушайте спокойно, внимательно, не прерывая, будьте терпеливы, не оказывайте давления. Имейте под рукой примерную схему-опросник, чтобы не упустить важные детали. Чтобы получить точный, однозначный ответ важно задавать закрытые вопросы.

Учитывайте чувство беспокойства пострадавшего/шей, страхи и опасения, агрессию.

Не оценивайте, не осуждайте, не делайте предположений, не комментируйте ситуацию, не говорите о своих сомнениях.

Без необходимости не прикасайтесь к потерпевшему/шей даже из лучших побуждений. Это может вызвать у него/неё негативные воспоминания, либо может быть неправильно понято.

В случае необходимости в каком-либо физическом контакте по протоколу (медицинский осмотр, процедура), спрашивайте разрешение пострадавшего/шей и информируйте обо всем, что будет происходить.

Информируйте пострадавшего/шую о правах. Обсудите с пострадавшим/шей дальнейший план действий, расскажите о процедуре возбуждения дела, судебно-медицинской экспертизе и других последующих действиях.

Оцените риски для безопасности жизни и здоровья пострадавшего/шей и направьте за помощью в медицинские, кризисные службы и убежища. Дайте пострадав-

шему/шей телефоны и адреса кризисных и правовых центров. Старайтесь отслеживать перенаправленных за помощью в другие организации.

Для сотрудников правоохранительных органов:

Чётко объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о процедуре возбуждения уголовного дела. Предложите подробно описать произошедшее, вспомнить детали, которые важны для следствия. Запишите имена и телефоны возможных свидетелей и/или очевидцев.

Примите заявление. Копию заявления предоставьте пострадавшему/шей с указанием регистрационного номера.

Проинформируйте пострадавшего/шую о необходимости пройти судебно-медицинскую экспертизу. А также сообщите о рисках для здоровья и важности получения медицинской помощи по профилактике нежелательной беременности, инфекций передающихся половым путем (ИППП) и ВИЧ в первые 72 часа после насилия.

В случае отказа пострадавшего/шей писать заявление сообщите о возможности подать заявление по прошествии времени при условии обязательного прохождения судебно-медицинского освидетельствования.

Очень важно на всех этапах следствия соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

В случае необходимости обеспечьте транспортировку пострадавшего/шей в медицинское учреждение для оказания экстренной медицинской помощи или вызовите скорую помощь на место опроса, которая также обязана предоставить необходимую помощь по профилактике ВИЧ-инфекции.

Обеспечьте транспортировку пострадавшего/шей для прохождения судебно-медицинской экспертизы.

Обеспечьте безопасность пострадавшего(шей) либо посодействуйте помещению в специализированные учреждения социального обслуживания.

Предоставьте Ваши контактные данные для дальнейшей связи с пострадавшим/шей.

Для медицинских специалистов (не судмедэкспертов):

При обращении или поступлении пострадавшей/шего от сексуального насилия врач обязан незамедлительно сообщить в правоохранительные органы о произошедшем насилии (телефонограмма, бланк письменного извещения).

Объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о процедуре приема и медицинского осмотра. Очень важно на всех этапах оказания помощи соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

Попросите пострадавшего/шую сообщить Вам о жалобах, возможных травмах / повреждениях, включая повреждения половых органов, которые могли быть получены в результате насилия.

Получите разрешение пострадавшего/шей на проведение осмотра и других медицинских процедур, подробно объясняйте, что и как Вы будете делать при той или иной манипуляции.

Выясните, была ли пострадавшая беременна на момент сексуального насилия, и обсудите с ней планы в отношении этой беременности.

В случае если пострадавший/шая обратился/лась за медицинской помощью в первые 72 часа после насилия проконсультируйте и назначьте лечение или перенаправьте к соответствующим специалистам:

- для предотвращения ВИЧ инфекции,
- для предотвращения инфекций, передающихся половым путем,
- для предотвращения нежелательной беременности.

Перенаправьте пострадавшего/шую к судмедэксперту для изъятия биологического материала. При отсутствии судмедэксперта сотрудник правоохранительных органов может привлечь врача для изъятия вещественных доказательств биологического происхождения на основе информированного согласия пострадавшего/шей.

Обсудите с пострадавшим/шей другие риски для здоровья и безопасности, в том числе и отсроченные. В случае необходимости предоставьте контакты или перенаправьте пострадавшего/шую к узким специалистам, психологам, в кризисные и правовые центры.

Для судмедэкспертов

Объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о важности процедуры судебно-медицинской экспертизы.

Очень важно на всех этапах судебно-медицинской экспертизы соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

Судебно-медицинская экспертиза при случаях сексуального насилия производится согласно существующим правилам и инструкциям на основе информированного согласия пострадавшего/шей.

Информируйте пострадавшего/шую о необходимости сохранить все предметы, которые являлись орудиями преступления, или одежду со следами преступления, как доказательства совершенного преступления.

Попросите пострадавшего/шую сообщить Вам о жалобах, возможных травмах / повреждениях, включая повреждения половых органов, которые могли быть получены в результате насилия.

Получите разрешение пострадавшего/шей на проведение осмотра и других медицинских процедур, подробно объясняйте, что и как Вы будете делать при той или иной манипуляции.

Сообщите о случае насилия и проведения судмедэкспертизы в правоохранительные органы, сохраняя конфиденциальность, исключив доступ третьих лиц к данной информации.

Сообщите пострадавшему/шей, что Вам необходимо сделать фотографии ран и поврежденных участков тела для сбора доказательств.

В случае если пострадавший/шая обратился/лась в первые 72 часа после насилия проконсультируйте и перенаправьте к соответствующим специалистам:

- для предотвращения ВИЧ инфекции,
- для предотвращения инфекций, передающихся половым путем,
- для предотвращения нежелательной беременности.

Обсудите с пострадавшим/шей другие риски для здоровья и безопасности, в том числе и отсроченные. В случае необходимости дайте контакты или перенаправьте пострадавшего/шую к узким специалистам, психологам, в кризисные и правовые центры.

Законодательство Республики Казахстан в помощь пострадавшим от гендерного насилия

Важная роль в обеспечении профилактики насилия и жестокого обращения является формирование надлежащей правовой базы. Правовой основой профилактики насилия является система различных по своей юридической силе нормативных правовых актов, к числу которых следует отнести следующие:

1. Конституция РК;
2. Международные документы;
3. Законодательство РК.

Конституция РК — является основополагающим в этой системе, которой провозглашено: «Брак и семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой государства» (п. 1 ст. 27). Важными гарантиями реализации защиты указанных ценностей являются другие конституционные нормы, устанавливающие:

- обязанность государства признать и гарантировать права и свободы человека в соответствии с Конституцией (п. 1 ст. 12);
- предусматривающие право каждого на признание его правосубъектности и право защищать свои права и свободы всеми не противоречащими закону способами (п. 1 ст. 13);
- недопустимость какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам» (п. 2 ст. 14);
- право каждого на судебную защиту своих прав и свобод (п. 2 ст. 13);
- равенство всех перед законом и судом (ст. 14);
- неприкосновенность достоинства человека, а также недопустимость пыток, насилия, другого жестокого или унижающего человеческое достоинство обращения или наказания (п. 1 ст. 17);
- право каждого на получение квалифицированной юридической помощи, а в случаях, предусмотренных законом, оказание юридической помощи бесплатно (п. 3 ст. 13);
- недопустимость ограничения прав и свобод, предусмотренных ст.ст. 10, 11, 13–15, п. 1 ст. 16, ст.ст. 17, 19, 22, п. 2 ст. 26 Конституции (п. 3 ст. 39) и др.

Законы:

- «О профилактике правонарушений» от 29 апреля 2010 г. № 271-IV ЗРК,
- «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 г. № 214-IV, (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.07.2020 г.) «О правах ребенка в Республике Казахстан» от 8 августа 2002 г. № 345-II,
- «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности» от 9 июля 2004 г. № 591,
- «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин» от 8 декабря 2009 г. № 223-IV;
- «О специальных социальных услугах» от 29 декабря 2008 г. № 114-IV ЗРК,
- «О государственной молодежной политике в Республике Казахстан» от 7 июля 2004 г. № 581-II,
- «О государственной защите лиц, участвующих в уголовном процессе» от 5 июля 2000 г. № 72-II,
- «О медиации» от 28 января 2011 г. № 401-IV

Нормативные постановления Верховного Суда РК

- «О применении судами законодательства при разрешении споров, связанных с воспитанием детей» от 28 апреля 2000 г. № 4,
- «О некоторых вопросах квалификации преступлений, связанных с изнасилованием и иными насильственными действиями сексуального характера» от 11 мая 2007 г. № 4;
- «О некоторых вопросах применения судами законодательства о браке и семье при рассмотрении дел об усыновлении (удочерении) детей» от 22 декабря 2000 г. № 17,
- «О применении судами законодательства при рассмотрении дел о расторжении брака» от 28 апреля 2000 г. № 5,
- «О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних и о вовлечении их в преступную и иную антиобщественную деятельность» от 11 апреля 2002 г. № 6,
- «О некоторых вопросах применения судами Республики законодательства по возмещению вреда, причиненного здоровью» от 9 июля 1999 г. № 9 и др.
- «О квалификации некоторых преступлений против жизни и здоровья человека» от 11 мая 2007 г. № 1