

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Психическое здоровье жертв бытового насилия
в условиях самоизоляции, связанной с пандемией COVID-19**

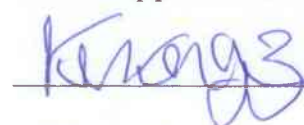
Информационное письмо

Москва 2020

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр Минздрава России,
член-корр. РАН, профессор, д.м.н.

 З.Н. Кекелидзе

«07» 05 _____ 2020 г.

**Психическое здоровье жертв бытового насилия
в условиях самоизоляции, связанной с пандемией COVID-19**

Информационное письмо

Москва 2020

Информационное письмо посвящено проблеме распознавания бытового насилия, оценке уровня психического здоровья пострадавших в результате бытовой агрессии и формированию терапевтических и медико-социальных мероприятий, позволяющих оказать действенную помощь в этих сложных для оценки и клинического понимания ситуациях. Информация предназначена для врачей общей практики, терапевтов, психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, врачей других специальностей, психологов, социальных работников, участвующих в оказании первичной медицинской или специализированной медицинской помощи жертвам бытового насилия.

Информационное письмо составлено в Московском научно-исследовательском институте психиатрии – филиале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Авторы составители:

М.А. Качаева, доктор медицинских наук, профессор, координатор от РФ в программе Регионального Бюро ВОЗ «Предотвращение насилия и несчастных ранений»;

В.В. Крюков, кандидат медицинских наук;

П.А. Понизовский, кандидат медицинских наук;

Н.Д. Семенова, кандидат психологических наук;

С.В. Шпорт, кандидат медицинских наук.

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), домашнее насилие является глобальной проблемой здравоохранения и соблюдения прав человека во всём мире.

Насилие в отношении женщин или насилие по гендерному¹ признаку встречается у 20-70% брачных пар во всех странах мира [9;10], что обусловлено особенностями принятых гендерных моделей. В итоговом докладе ВОЗ о положении дел в сфере профилактики насилия [11;12] говорится, что до 30% женщин, состоявших в отношениях, подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны своего партнера. До 38% убийств женщин в мире совершается в результате бытовой агрессии [8;9]. Насилие может пагубно сказываться на физическом, психическом, сексуальном и репродуктивном здоровье женщин, при ряде обстоятельств повышать риск инфицирования заболеваниями, передающимися половым путем или ВИЧ, в некоторых случаях приводит к смерти жертвы или агрессора. Как правило, сведения о случаях бытового насилия в органы правопорядка не сообщаются, данные, регистрируемые службами охраны здоровья, также не отражают реального положения дел. Такие случаи юристы относят к так называемой латентной преступности. Только незначительное количество женщин, столкнувшихся с бытовой агрессией, сообщают об этом врачу и очень малое число врачей когда-либо спрашивают их о подобном. Основными барьерами, ведущими к нежеланию обсуждать эту форму насилия, являются отсутствие надлежащей подготовки специалистов в этой области; незнание того, как задавать такого рода вопросы и как отвечать на запросы пострадавшей; как интерпретировать ответы пациента; скептицизм в плане эффективности лечения; незнание алгоритма оказания помощи и сомнения по поводу выдачи соответствующих рекомендаций; сопротивление самого пациента; чувство дискомфорта врача при обсуждении данных проблем и временные ограничения. Женщины чаще, чем мужчины становятся жертвами тяжёлых форм насилия и последствия для их здоровья, физического и психического, как правило, более серьёзные. Таким образом, признается, что насилие в отношении женщин является значимым фактором психической травматизации и формирования психических расстройств. Вместе с тем потребности жертв насилия, обращающихся за помощью к медицинским работникам, часто не признаются, о них не спрашивают или не знают, как их решить. Отсюда - настоятельная необходимость в распознавании жертв насилия и оказании им необходимой медицинской и психологической помощи.

Текущая обстановка, обусловленная ограничивающими карантинными мероприятиями, связанными с пандемией COVID-19, может быть отнесена к

¹ Гёндер (лат. genus - «род») — социальные характеристики поведения человека, связанные с половой идентификацией и то, как это поведение воспринимается окружающими.

ситуации, провоцирующей частоту и уровень агрессивности проявлений различных форм бытового и семейного насилия [1]. В условиях чрезвычайных ситуаций любого характера, включая эпидемии, показатели насилия в отношении женщин, как правило, возрастают. Этому способствует ряд факторов, таких как скученность пребывания и связанные с этим проявления усталости, снижение материального достатка, провокация злоупотребления алкоголем в условиях изоляции, внешнее состояние неопределенности и разнонаправленности информации и будоражащих слухов, зачастую, распространяемых злоумышленниками в социальных сетях.

За февраль 2020 г. управление полиции города Цзинчжоу в провинции Хубэй получило втрое больше жалоб на эпизоды семейного насилия, чем за такой же период предыдущего года.

Риск насилия в отношении женщин может повышаться в условиях стресса, социальной изоляции, недоступности механизмов защиты и ограниченной доступности услуг. Вероятность насилия выше в семьях с изначально конфликтной обстановкой, члены которых вынуждены проводить больше времени в тесном контакте друг с другом, переживая дополнительный стресс в ожидании финансовых убытков и потери работы. Во время карантинных мероприятий на женщин ложатся основные работы по дому. Закрывание школ усугубляет эту нагрузку и порождает дополнительный стресс. Нарушение привычной экономической деятельности и сужение возможностей для получения средств к существованию ограничивают удовлетворение базовых потребностей и доступность услуг, создавая в семье напряженную обстановку, часто провоцирующую насилие. По мере истощения ресурсов женщины подвергаются большему риску бытовой агрессии, вызванной уже и экономическими мотивами.

Нарастание негативных тенденций дополняется факторами, сужающим возможности обращения за помощью в случае неправомерного обращения, что обусловливается ограниченным режимом работы служб поддержки, кризисных центров и службы юридической помощи.

Всесторонне анализируя данную проблему, ВОЗ опирается на ряд научных концепций, объединенных в рамках так называемой «экологической модели» [2;4]. Насилие рассматривается как результат сложного взаимодействия индивидуальных, межличностных, социальных, культурных и экологических факторов, влияющих на поведение. Понимание того, как эти факторы связаны с насилием, является основой подхода к предотвращению насилия [5;7] (рис. 1).



Рис. 1. Экологическая модель агрессии.

Личностные характеристики **индивида** усиливают вероятность оказаться жертвой насилия либо совершить насильственные действия. Это факторы биологической и личной истории, влияющие на поведение (импульсивность, низкий уровень образования, злоупотребление психоактивными веществами, предшествующая история агрессии и насилия). При злоупотреблении алкоголем ситуация усугубляется: наступает сужение фокуса внимания, ограничивается и притупляется восприятие идущих извне и изнутри сигналов, снижается способность правильно понимать смысл поступающей информации, возникают когнитивные искажения и нарастают проблемы регуляции эмоциональных реакций.

Уровень **взаимоотношений** предполагает контакты в рамках близкого окружения, отношения в семье, когда в самом стиле общения актуализируется факторы эмоционального напряжения, увеличивается риск совершения насильственных действий. Ежедневное и ежечасное общение в условиях совместного проживания увеличивает вероятность таких эксцессов (угрозы совершения насилия, акты физической агрессии, сексуальное насилие, психологическое насилие, контролирующее поведение). Сексуальное насилие определяется как половой акт, который совершает или пытается совершить партнёр (муж) без получения добровольного согласия другого партнёра (жертвы), или когда партнер (жертва) не способен дать согласие или отказать. Речь идет о принуждении жертвы к интимной близости, принуждении физическом мерами нефизического характера (например, использование алкоголя/наркотиков и т.п.). Большинство женщин, подвергающихся насилию со стороны своих партнеров, испытывают это насилие многократно.

Уровень **сообщества** включает более широкий контекст, в который встроены социальные отношения (школа, микрорайон и т.п.); определенные характеристики этого контекста (плотность проживания, бедность, безработица, экологическое неблагополучие, отсутствие социальной связности и т.п.) способствуют актам насилия.

Социальный уровень включает власть и контроль, обычно со стороны патриархальных обществ, и рассматривает более глобальные социальные факторы, определяющие уровень насилия. Это факторы, создающие благоприятный климат для насилия, снимающие запреты на насилие (например, культурные нормы, поддерживающие насилие в качестве приемлемого способа разрешения конфликтов; нормы, закрепляющие мужское доминирование над женщинами и детьми). Насилие в отношении женщин часто называют «гендерным» насилием, так как оно частично связано с подчиненным статусом женщин в обществе. В некоторых странах и культурах действительно существуют убеждения, наличествуют нормы и социальные институты, узаконивающие насилие в отношении женщин.

Экологическая модель, если рассматривать ее в контексте развития ситуации с COVID-19, претерпевает определенные изменения по каждому из уровней, утяжеляя факторы риска и снижая порог реализации насилия.

Так например на **социальном** уровне государство в целом может восприниматься как ограничивающая внешнюю свободу сила. Здесь и неприятие ситуации вынужденной изоляции, и нарушение привычного образа жизни, и ограничение свободы передвижения и свободы выбора. Жизненное пространство сужается и делится на два периода: жизнь «до» COVID-19 и жизнь «после».

На уровне **взаимоотношений** создается особая ситуация: факторы, подготавливающие почву к острому побуждению совершить агрессивные действия, усиливаются, тогда как сдерживающие факторы, попытки противостоять этому побуждению, ослабевают. Карантинную самоизоляцию, связанную с коронавирусом SARS-CoV-2, можно описать как ситуацию неопределенности и давящей неизвестности, непонимания текущих событий и неясности перспектив, что, в определенной мере, провоцирует насилие. Хотя речь идет о насилии в отношении женщин, в группе риска находятся и мужчины. Переживание ими состояния *деморализации* (потери работы, статуса, финансовый кризис и т.п.), ограничение межличностных контактов, закрывающее возможность компенсации негативных переживаний, может приводить к эмоциональному и психологическому давлению и агрессии со стороны семейного окружения. Данная группа пациентов - мужчин - требует активных медицинских и психосоциальных мероприятий.

Понимание всех этих обстоятельств и должно составить основу рекомендаций по работе с пострадавшими от насилия, а также с лицами, совершившими насилие.

Формы психических нарушений, встречающиеся у лиц, подвергшихся бытовому насилию

Психиатры, а также другие специалисты, работающие в области охраны психического здоровья, играют ключевую роль при оказании психолого-психиатрической помощи и формировании комплекса психотерапевтических и реабилитационных психологических мероприятий.

Жертвы семейного насилия, как неоднократно подчеркивали многочисленные международные исследования, страдают различными формами психических, психосоматических и соматических расстройств и заболеваний, вызванных или спровоцированных данной ситуацией. Среди жертв подобных семейных отношений устойчиво регистрируется повышение суицидальных действий, депрессивных состояний, расстройств сна, учащение алкогольных эксцессов, расстройств пищевого поведения, нарастание антисоциального поведения, чаще встречаются инфекции, передающиеся половым путем, в некоторых регионах – инфицирование ВИЧ, выкидыши, мертворождения, рождение детей с низкой массой тела, разнообразные алгические расстройства и общее ухудшение состояния здоровья.

Наиболее частыми проявлениями психических нарушений выступают разнообразные, так называемые расстройства адаптации, преимущественно проявляющиеся тревожными и тревожно-депрессивными состояниями, разнообразной выраженности тревожные расстройства от преходящих тревожно-вегетативных до генерализованных, соматизированные болезненные состояния, различной выраженности конверсионные и диссоциативные нарушения, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), а также депрессивные расстройства реактивной и переходной к эндогенной природе, хронические эмоциональные нарушения по типу дистимий и эндореактивных дистимий.

Развиваются данные состояния в большинстве случаев в результате длительного дистресса, постоянных угроз здоровью и жизни жертвы, выраженных и сверхсильных переживаний за состояние детей и близких, вовлеченных в агрессивные отношения и, зачастую, выступающих объектом бытового и семейного насилия.

Формирование тех или иных болезненных состояний зависит от степени культурального прития/непрития подобного гендерного доминирования, личностной психологической проработки, включения механизмов психологической защиты или патологических реакций психологической защиты в виде конверсионных или диссоциативных форм реагирования. Первоначальные реакции непрития и протеста сменяются чувством согласия с действиями нападающего, принятием его «правды», аргументов и оправданий.

Учитывая некоторую патофизиологическую стадийность и нарастание тяжести нарушений в начале описания психопатологических нарушений, встречающихся у жертв бытовой агрессии, следует остановиться на реакциях дезадаптации. Так, у пострадавших развиваются **сочетанные тревожные и депрессивные реакции**, при которых можно отметить отчетливые признаки тоскливых переживаний, разочарованности в жизни, слезливости, снижение

активности и радости существования, неглубокой подавленности, сосуществующих одновременно с тревожными переживаниями неуверенности в будущем, в себе, правильности поступков, разнообразными микропризнаками доминирования симпатотонической иннервации (потливостью, колебаниями АД, легким тремором и ощущением дрожи в теле, сухостью слизистых), данные ощущения сопровождаются чувством эмоционального напряжения, потребностью избавления от этих тягостных переживаний, угнетением аппетита, затруднением засыпания и отказом от привычной или доступной активности.

В ряде случаев **расстройства адаптации сочетаются с нарушением поведения**. Болезненные проявления при этом включают в себя, помимо перечисленных выше, разнообразные эксплозивные (гневливые) поведенческие реакции, в ряде случаев присоединяется конверсионный механизм и поведение пострадавших приобретает неуместные театрализованные черты, когда степень выраженности реакций не соответствует силе и тяжести ситуации, нарушается рациональное взаимодействие, в поведении возникают несвойственные ранее черты капризности и инфантильности. Подобные формы поведения возникают как реакции на незначительные внешние поводы, сопровождаются нелепыми жалобами на тот или иной телесный дискомфорт и выглядят гипертрофированными и проявляются вне типичных форм соматических заболеваний.

Тревожные расстройства также являются формами психических нарушений. С учетом длительности психотравмирующей ситуации, ее силы и снижения адаптационных возможностей жертвы в практической работе врач скорее всего столкнется с состоянием, квалифицируемым современной классификацией болезнью МКБ-10 как **генерализованное тревожное расстройство (ГТР)**. ГТР – состояние, при котором жертва испытывает стойкие и выраженные неконкретные тревожные ощущения, возникающие вне связи с определенными ситуациями. Набор внутренних переживаний включает в себя постоянное тягостное ощущение нервозности, «внутреннего» и мышечного напряжения, чувство внутренней дрожи, выраженный комплекс вегетативных и вегетососудистых проявлений – потливость, тахикардия, колебания АД, диспептические ощущения и боли, головокружения, пароксизмальные ощущения слабости и потери сил. Жертва насилия испытывает мучительные переживания, связанные с негативным видением будущего, опасениями смерти, заболевания или иного вида ущерба у близких ему людей, тягостными дурными предчувствиями. Следует отметить моторное напряжение, проявляющееся не только в общей активности, но и в различных алгических ощущениях, невозможность произвольного отрешения от тягостных мыслей, расслабления.

Дальнейшее развитие болезненного состояния в рамках тревожных нарушений может привести к переходу в форму **смешанного тревожного и депрессивного расстройства**. Данное состояние характеризуется тем, что к разнообразным тревожным проявлениям присоединяются депрессивные переживания, преимущественно тоскливого характера. Эти ощущения

отчетливо выражены и в большинстве случаев описываются пациентом как чувство подавленности, угнетенности, бессилия, безволия, опустошенности, виновности, склонности к самообвинению, но вне рамок так называемого «стокгольмского синдрома». Степень выраженности как тревожных проявлений, так и депрессивных признаков, как правило, соотносима друг с другом, ни тот ни другой тип болезненных ощущений не доминирует в клинической картине.

Как свидетельствует практика работы с жертвами бытового насилия, частой формой нарушений психической жизни являются разнообразные **соматизированные нарушения**. Основным признаком этих состояний выступают жалобы на устойчивые, множественные, повторяющиеся и видоизменяющиеся физические симптомы, которые могут относиться к любой части тела и любой системе организма. Однако чаще встречаются жалобы на желудочно-кишечные расстройства: боли, тошноту, отрыжку, регургитацию, нарушения моторики кишечника и стула, а также на неприятные ощущения на поверхностях тела (зуд, жжение, покалывание, онемение, региональные болезненности). Нередки жалобы на менструальные дисфункции или сексуальные дисгамии. Наличие соматоформной симптоматики коррелирует с ситуациями эмоционального напряжения, трудностями и конфликтами при выраженном нежелании пациента обсуждать психологическую обусловленность тягостных переживаний. Формы поведения в подобных случаях часто содержат элементы «конверсионной истерии».

Развитие соматоформной симптоматики в значительной части случаев развивается по механизму «конверсии» невыносимых психических переживаний в «знакомую» и социально допустимую область заболевания «тела». Именно в силу этих механизмов любой обратившийся за врачебной помощью пациент должен быть опрошен на предмет наличия бытового насилия. Следует иметь в виду, что обсуждение подобной темы в значительной части случаев пациентом не поддерживается, поэтому врач должен обращать внимание на знаки или «следы», говорящие об этом: паузы перед ответами, изменение темпа и стиля изложения, особенно при сравнении с предъявлениями прежних жалоб, изменение эмоционального состояния при обсуждении данной темы, появление слез, попытку завершить разговор, резкое сужение или обрыв коммуникационного канала со стороны пациента. Дополнительное физикальное обследование дает достаточно информации для предположения о наличии бытового или семейного насилия, что требует заметного изменения как врачебной тактики, так и медицинских и медико-социальных мероприятий в данной ситуации.

Следующими по степени тяжести являются депрессивные расстройства, которые развиваются под влиянием длительного воздействия травмирующих переживаний [3]. Жертва насилия отмечает нарастающее аффективное напряжение, подавленность, повышенную утомляемость и нарушение сна. При этом разнообразные вегетативные и соматоформные расстройства «маскируют» депрессивную симптоматику. Депрессивное настроение сопровождается понижением общей активности и нарастанием безволия, прекращением

попыток разрешения психотравмирующей ситуации. Происходит сужение круга интересов, внимание болезненно концентрируется на психотравмирующей ситуации, мысли о ней принимают доминирующий характер, начинают формироваться идеи собственной несостоятельности и ущербности, которые все более и более отрываются от оценки реальной ситуации. Углублению депрессивного состояния способствует присоединение дополнительных соматогенных факторов, связанных с вегетативно-эндокринными сдвигами в организме женщины и общим снижением уровня здоровья.

Длительное существование эмоционального расстройства, отсутствие эффективной помощи в его разрешении (надо признать, что исключительно психофармакологические приемы будут частично эффективны) приводит к формированию хронического аффективного расстройства, которое чаще наблюдается в форме **дистимии** или **посттравматического стрессового расстройства**.

Дистимия протекает как постоянная или возвращающаяся депрессия. Данное состояние формируется в длительный промежуток времени. Как правило, многолетние колебания эмоциональной сферы, тревожные, тревожно-депрессивные эпизоды и состояния получают свое оформленное завершение в виде относительно неглубокой, так называемой «невротической» депрессии. Переживания больных на данном этапе включают в себя чувство потери энергии, снижение активности, постоянное ощущение неуверенности в себе, плаксивость, переживания безнадёжности и отчаяния, потерю интереса к сексуальным отношениям, нарушения сна и снижение памяти, внимания и сообразительности. Возникают объективные трудности с выполнением рутинных требований повседневной жизни, нарастает социальная изоляция, начинает формироваться так называемый «комплекс неудачника».

Развитие данного хронического эмоционального расстройства сопровождается большим количеством нежелательных сопутствующих психопатологических симптомов и состояний, проявляющихся в сфере личностных реакций и возможностей социального функционирования в форме истерогневливых проявлений с язвительностью и склонностью к негативному восприятию чужих усилий, брюзжащей депрессии, формирования «тяжелого» характера с постоянным пессимистическим взглядом на жизнь, недовольством всего и всем, пассивностью в решении существующих проблем.

Последующее течение дистимии в 60-70% случаев сопровождается присоединением эндогенной выраженной депрессивной симптоматики, проявляющейся в устойчиво сниженном настроении, падении общей активности. Снижается или отсутствует способность радоваться и получать удовольствие. Отмечается потеря интереса к окружающему, утренние часы характеризуются более выраженным ощущением общего дискомфорта и подавленности, больных беспокоит выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, снижение веса и либидо. Обычным является выраженная усталость даже после минимальных усилий. Как правило, нарушается сон и аппетит. Часто присутствуют мысли о

собственной виновности и бесполезности, что несет с собой заметное повышение риска суицидальных действий.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается как отсроченный ответ на продолжительные стрессовые события. Развитие данного состояния резко изменяет характер и стиль реагирования на стереотип течения жизни. Страдающий ПТСР отличается безответственностью, вплоть до безучастности в реагировании на окружающее, пассивного избегания психотравмирующей ситуаций и ситуаций, напоминающих о травме. Отличительным признаком данного состояния являются частые, временами навязчивые представления, размышления, переживания, связанные с постоянным обращением к ситуации агрессии. Данные «воспоминания» всплывают как в эмоционально окрашенных образах, в ночных кошмарах, сопровождаются чувством «оцепенения», эмоциональной заторможенностью и отчуждением от других людей. Подобные переживания часто связаны с повышенной тревожностью, выраженной депрессией, а также мыслями о самоубийстве. Как правило, данное состояние сопровождается асоциальным жизненным стилем и включает в себя частые алкогольные эксцессы, злоупотребление наркотическими средствами, игнорирование требований социального взаимодействия, нарастание оппозиционно-эгоцентрических личностных черт.

Следует отметить, что эмоциональные колебания у жертв бытового насилия могут сопровождаться нарушением пищевого поведения, которые в большей своей части проявляются как **психогенные переедания вследствие реакции на дистресс**. Чаше излишний вес в силу подобных ситуаций развивается у лиц, склонных к полноте. Возникшее ожирение, помимо угнетающего психологического влияния на уровень самооценки и самовосприятия, оказывает негативное действие на нейроэндокринные сдвиги: изменяются показатели инсулинового обмена, нарушается функциональная активность щитовидной железы, развиваются гиперкортицизм, расстройства гипофизарно-надпочечниковой оси. Нарушается общая регуляция организма, понижается уровень здоровья пострадавших.

Следует остановиться на тесно сопряженной с бытовым насилием опасности **суицидального поведения**. Длительно текущая ситуация с постоянными повторными актами агрессивного поведения партнера, как правило, приводит к **переоценке смысла жизни**, ее целей и задач. Специфическая ситуация, которая характеризуется бесконечным рядом психологических проблем и стрессов, конфликтов, стрессовых жизненных событий, несомненно подталкивает к поиску выхода, но ряд психологических механизмов реагирования, давление культурных и социальных норм и правил, развитие гипотимного эмоционального состояния формирует аутоагрессивный вектор поиска выхода. Следующим этапом реагирования на ситуацию дистресса является **реакция дезорганизации**, которая характеризуется эмоциональной напряженностью, аффективной фиксацией на психотравмирующем событии, снижением уровня интеллектуального контроля. Возникающие острое чувство обиды, гнев, возмущение, тревога, которые

мешают пациентам правильно оценить сложившуюся ситуацию, найти адекватные пути ее преодоления. Суицидальные действия на данном этапе спонтанны, внезапны, не продуманы. В ряде случаев подобные действия могут завершаться смертью пострадавшей. При формировании так называемых **пессимистических реакций** развивается блок представлений о жизни с мрачной оценкой будущего. Данное состояние характеризуется психологическим дискомфортом, недовольством собой и окружающими, чувством разочарованности в жизни, которое постепенно перерастает в ощущение потери жизненного смысла и бесперспективности дальнейшего существования. В ряде случаев аутоагрессивные мысли появляются внезапно и стремительно, по типу поступка с целью «выхода из жизненного тупика». Реже суицидальные тенденции развиваются постепенно с формированием продуманного суицидального решения. После покушения на самоубийство у некоторых пациентов подобные мысли не исчезают. Эта группа за счет сохранения высокого суицидального риска в наибольшей степени требует дополнительных реабилитационных мероприятий.

В целом характеризуя вероятность суицидальных действий в группе жертв бытового насилия, следует признать существующую степень риска как высокую. Сама ситуация с набором разнообразных патогенных факторов, среди которых хронический дистресс, наличие длительных или хронических депрессивных состояний, постоянно ухудшающееся качество жизни и здоровья, переводит их в группу высокого суицидального риска. С учетом того, что жертвы насилия зачастую не склонны раскрывать особенности своей личной жизни и уровень агрессии, с которым они сталкиваются, выявление суицидальных тенденций требует дополнительного времени, настороженности врача, отхода от формальных оценок состояния пострадавших, привлечения специалистов в оценке суицидального риска при подозрении на наличие насилия в семье.

Алкоголь как фактор, провоцирующий агрессию

В условиях карантинных мероприятий и вынужденной изоляции обостренно воспринимается ряд актуальных проблем, связанных с профессиональной и финансовой неопределенностью, угрозой заболеть, дефицитом личного пространства. В ряде случаев коммуникация осложняется различными негативными эмоциями, такими как подавленность, тревога, раздражение, гнев. Нередко наиболее простым и доступным способом подавления дискомфортных переживаний становится употребление спиртного, как общепринятого средства «снятия стресса» и «решения проблем». Однако на этом фоне чаще регистрируются акты насилия в семьях, в основном со стороны мужчин в отношении женщин и детей. В группе риска находятся прежде всего те, кто проживает с лицами, злоупотребляющими алкоголем и другими психоактивными веществами, а также те, кто уже ранее подвергался физическому насилию с их стороны. Современные исследования бытового и семейного насилия свидетельствуют, что случаи наиболее разрушительной агрессии встречаются как раз в неблагополучных, злоупотребляющих алкоголем семьях. По данным ГИАЦ МВД в 2018 году в России количество

тяжких и особо тяжких преступлений в сфере семейно-бытовых отношений составило 3260 случаев. Значительную долю в этом количестве составляют погибшие в результате алкогольных эксцессов. В последние годы можно отметить незначительное снижение числа подобных проявлений, но в любом случае, складывающаяся ситуация требует немедленных и комплексных решений.

Употребление алкоголя, однако, само по себе не является ни достаточным, ни обязательным условием проявления насилия. Насилие, даже в состоянии алкогольного опьянения, - это социально усвоенная форма поведения. Тем не менее употребление алкоголя за счет снижения уровня волевого самоконтроля способствует увеличению частоты и тяжести насильственных действий. В то же время алкогольная интоксикация способствует проявлению агрессии, благодаря своему прямому фармакологическому действию на восприятие, мышление и поведение человека. Сужение фокуса внимания, ограничение восприятия внешних сигналов, а также уменьшение способности правильно понимать смысл поступающей информации способствуют конфликтогенности. Также важную роль играют специфические личностные черты контактирующих лиц, контекст их взаимодействия, особенности мировоззрения и социальных норм.

У некоторых лиц, как правило, имеющих органическую патологию головного мозга, перенесших серьезные черепно-мозговые травмы, могут возникать измененные формы алкогольного опьянения. При **дисфорическом варианте** опьянения вместо эйфории появляются злобность, раздражительность, гневливость, мрачное настроение, приводящие к конфликтности и агрессии. Опьяневший человек испытывает дискомфорт, злоба распространяется на всё окружающее, сопровождается придиричивостью, язвительностью, поиском повода для ссор. **Эксплозивный вариант** характеризуется двигательным возбуждением с раздражительностью, усиливающимися при противодействии со стороны окружающих. Опьяневшие лица агрессивны вначале в отношении тех, кто делает им замечания или пытается успокоить, а затем агрессия распространяется на всех, кто случайно оказался рядом.

Мужчины, совершающие акты насилия в состоянии алкогольного опьянения, часто пытаются избавиться от ответственности за содеянное, оправдывая себя воздействием алкоголя. Иногда они и вовсе не помнят, отрицают или приуменьшают свое агрессивное поведение. Таким образом, алкоголь, как бы отдаляет человека от его агрессивного поведения, при этом и сама жертва нередко ассоциирует насилие исключительно с пьянством обидчика, а не с его личностью.

Исследования показывают, что женщины, ставшие жертвами насилия, как правило, употребляют больше алкоголя, чем женщины, которые никогда не подвергались актам насилия. Для одних алкоголь становится лекарством от полученных физических и душевных травм, другие могут начать употреблять спиртное вместе с агрессором в надежде обезопасить себя. Однако и то, и другое поведение жертвы является распространенной ошибкой. Установлено,

что случаи насилия происходят достоверно чаще в те дни, когда жертвы употребляют алкоголь, а не когда они трезвы. Это не значит, что женщины, употребляя алкоголь, несут ответственность за свою собственную виктимизацию, ведь ответственность за акт насилия все равно несет агрессор. Тем не менее женщинам, подвергающимся актам насилия, необходимо знать, что употребление спиртного повышает их уязвимость.

Характер и приемы помощи жертвам бытового насилия

Оказание помощи жертвам бытового насилия - сложный процесс, состоящий из взаимозависимого комплекса диагностических медико-социальных, терапевтических, психотерапевтических и юридических мер. Но даже большая дорога начинается с первого шага и этот шаг, в данной ситуации – оценка наличия факта бытового насилия. Что само по себе уже представляет некоторую сложность в силу нежелания жертвы насилия обсуждать эту тему. Опрос должен проводиться осторожно, с вниманием к деталям. Как рекомендует клиническое руководство ВОЗ по семейному насилию, следует придерживаться правила LIVES – представляющего акроним глаголов - слушать (Listen) - заинтересованно и безоценочно, спрашивать (Inquire) - о потребностях и проблемах (эмоциональных, физических, социальных и бытовых, Подтверждать (Validate) - показывать, что вы верите жертве и понимаете её состояние и проблемы, с которыми она столкнулась, повышать уровень безопасности (Enhance safety) - обсудить способы и возможности предотвращения дальнейшего насилия, поддерживать (Support) - помочь связаться с соответствующими службами и установить связь со службами социальной поддержки.

Выявление случаев семейного насилия, их квалификация, уровень деструктивной активности позволит оказать первую психологическую помощь, которая включает в себя информирование пациента о том, где и как получить юридическую помощь, как узнать о своих правах в данной ситуации, предоставлять конкретную информацию о характере лечения или о том, куда и в какие медицинские структуры следует обратиться. Полученные данные должны документироваться в медицинских картах. Мероприятия, направленные на компенсацию психологической травмы, включают в себя мероприятия как психотерапевтического, так и психофармакологического характера и должны всегда осуществляться под контролем врача-психиатра. При формировании психотерапевтического цикла предпочтение следует отдать методике когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) с фокусом на травме.

В последние годы в России существует сеть учреждений, которые оказывают помощь женщинам- жертвам бытового насилия (кризисные центры по оказанию помощи женщинам – жертвам домашнего насилия, временные приюты для избиваемых жён). Целью кризисного центра является оказание психологической, юридической, педагогической, социальной помощи женщинам, находящимся в кризисном и опасном для физического и душевного здоровья состоянии или подвергшимся психофизическому насилию.

Практика работы этих центров показала, что подобная помощь может оказываться как в условиях стационара, дневного стационара, так и амбулаторно. Не менее важным является разработка методов социально-психологической реабилитации и адаптации данного контингента пациенток. На данный момент ведется активная разработка данной программы с привлечением ведущих сотрудников профильных медицинских организаций. Предложенные программой мероприятия относятся к широкому кругу задач и реализуются как на региональном, так и на уровне федерального центра. В частности проводится разработка национального плана действий по предупреждению насилия в семье, проводится обеспечение правовой поддержки вопросов профилактики насилия, принятию адекватных мер в отношении преступников, совершенствование работы правоохранительных органов в области предотвращения насилия, обеспечение их большей доступности. Формируются структура и организация системы реабилитации женщин-жертв домашнего насилия, принципы долговременной помощи от момента выявления до полной реабилитации жертв домашнего насилия. [6].

К настоящему времени создана структура общественных организаций, оказывающая психологическую и юридическую помощь пострадавшим в результате бытового насилия. Существуют телефоны так называемой «горячей линии» и службы телефонного консультирования, которые могут дать необходимую информацию о характере действий в данном случае, психологически поддержать пострадавшую, предложить реальный план действий для разрешения сложившейся ситуации. [6].

Лица и организации, оказывающие медицинскую помощь пострадавшим должны быть осведомлены о рисках насилия в отношении женщин. В этих рамках могут быть разработаны приемы оказания первой психологической и медицинской помощи женщинам, обращающимся с жалобами на насилие. Обязательно такая помощь должна включать в себя: внимательное ознакомление с жалобой и опрос пострадавшей, установления ее потребностей и угрожающих ей факторов риска, уточнение обстоятельств совершения насилия и психологического состояния пострадавшей, принятие мер для обеспечения безопасности женщины и направление ее в соответствующие службы поддержки. Следует шире использовать возможности технологий мобильного здравоохранения и телемедицины для обеспечения безопасности женщин, подвергшихся насилию. [1;8;9]

Важно подчеркнуть, что в условиях пандемии COVID-19 именно дистанционные способы общения психологов и врачей в форме служб телефонов доверия и онлайн консультаций женщин - жертв домашнего насилия являются эффективными и предотвращают нарушение временного и вынужденного режима самоизоляции. Значимым является размещение в популярных у россиян социальных сетях просветительских, разъяснительных материалов, о последствиях насилия для здоровья женщин и их детей. Такие материалы в противовес негативным и деструктивным способам манипулирования психикой женщин особенно ценны в настоящее время, повысят оптимизм и позитивное восприятие будущего.

Все заинтересованные стороны, участвующие в мероприятиях по борьбе с COVID-19, должны распространять информацию о возможных последствиях социального дистанцирования, домашней изоляции и других ограничений для подвергающихся насилию женщин и их детей.

Список литературы:

1. Буклет «COVID- 19 и насилие в отношении женщин». 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-rus.pdf>
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Г. Этьенна Круга и др.: Пер. с англ. - М: Весь Мир, 2003. - 376 с. ISBN 557777022552
3. Харитоновна Н.К., Качаева М.А., Казаковцев Б.А., Васянина В.И., Шишкина О.А. Депрессии у женщин - жертв домашнего насилия (судебно-психиатрические наблюдения) //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. Спецвыпуски. – 2019. – Т. 119. – №. 1. – С. 34-38.
4. Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experiments by nature and design. - Cambridge: MA, Harvard University Press, 1979.
5. Heise L., Ellsberg M., Gottemoeller M. Ending violence against women //Population reports. – 1999. – Т. 27. – №. 4. – С. 1-1.
6. Kachaeva M. Shport S. Trushchelev S. Mental health of women who are victims of domestic violence // European Psychiatry. - 2018. - Vol. 48. - Supp. S.574-575.
7. Krug E. G. et al. The world report on violence and health //The lancet. – 2002. – Т. 360. – №. 9339. – С. 1083-1088.
8. Paulozzi L. J. et al. CDC's national violent death reporting system: background and methodology //Injury Prevention. – 2004. – Т. 10. – №. 1. – С. 47-52.
9. Stöckl H., Devries K., Rotstein A., Abrahams N., Campbell J., Watts C., & Moreno C. G. (2013). *The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. The Lancet, 382(9895), 859–865.* doi:10.1016/s0140-6736(13)61030-2. [https://www.sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://www.sci-hub.tw/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
10. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health

- Organization; 2013 (accessed 31 August 2016).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
11. World Health Organization Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. - WHO. - Geneva. - 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1
12. World Health Organization; United Nations Development Programme; United Nations Office on Drugs and Crime. Global status report on violence prevention. 2014. Available at:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/. Accessed March 17, 2016.
13. WPA Position Paper on Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women 2017 <http://www.wpanet.org/copy-of-medical-students?lang=it>