



Семенова Н.Д.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Россия

Гендерно обусловленное насилие, психические расстройства и психосоциальная терапия

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 18.07.2022

Принята: 12.08.2022

Контакты: niyami2020@gmail.com

Резюме

В статье представлен обзор, разбитый на разделы под следующими заголовками: гендерное насилие; насилие и COVID-19; систематические обзоры и метаанализы, а также данные о распространенности гендерного насилия в разных странах; психосоциальные вмешательства для женщин с проблемами психического здоровья, которые подверглись домашнему насилию.

Ключевые слова: бытовое (домашнее) насилие, гендерно обусловленное насилие, психические расстройства у женщин, экологическая модель насилия, психосоциальные вмешательства, фокусированные на травме вмешательства

Semenova N.

Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of V. Serbsky National Medical
Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Gender-Based Violence, Mental Disorders, and Psychosocial Therapy

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 18.07.2022

Accepted: 12.08.2022

Contacts: niyami2020@gmail.com

Abstract

An overview is presented, structured under the following headings: gender-based violence; violence and COVID-19; systematic reviews and meta-analyses, as well as data on the prevalence of gender-based violence in different countries; psychosocial interventions for women with mental health problems who have experienced domestic violence.

Keywords: domestic violence, gender-based violence, mental disorders in women, ecological model of violence, psychosocial interventions, trauma-focused interventions

■ ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет насилие со стороны близкого партнера (внутрисемейное, домашнее насилие) как глобальную проблему здравоохранения в масштабах эпидемии, затрагивающую как страны с высоким уровнем доходов, так и страны третьего мира [1]. В статье освещаются современные доказательные исследования психологических вмешательств, адаптированных к опыту женщин, пострадавших от внутрисемейного насилия; специализированные, фокусированные на травме методы сопоставляются с общими вмешательствами, особенно широко распространенными в странах третьего мира.

Гендерно обусловленное насилие и его распространенность

Насилие по гендерному признаку, внутрисемейное насилие в отношении женщин и девочек, клиничко-психологические проблемы, этому сопутствующие, активно и всесторонне анализируются зарубежными и отечественными авторами: изучаются предпосылки возникновения насилия, особенности семейного контекста, факторы психической травматизации, а также долговременные последствия насилия [2–5]. В последние годы особое внимание уделяется вмешательствам, медикаментозным и психосоциальным, предполагающим гендерный анализ (такие подходы называют гендерно-сенситивными) [6]. Включение гендерного анализа в клиничко-психологические исследования весьма важно, что иллюстрируется на примере ряда работ, например в работе Кеупежад и соавт. [7], где в качестве модели лечения фигурирует именно опыт внутрисемейного насилия, переживаемый женщинами с психическими расстройствами.

Распространенность внутрисемейного насилия, по разным данным, составляет от 27,9% до 45,6% [8]. Мужчины также могут стать жертвами бытового насилия, однако это явление считается именно гендерно обусловленным, «женским», если принять во внимание частоту, степень тяжести, тип и влияние факта насилия на женщину в контексте всей ее жизни [9]. Данные о распространенности гендерно обусловленного насилия в богатых и бедных странах, в различных экономических, политических и культурных контекстах – существенно различаются [10, 11]. В странах, где жестко придерживаются традиционных гендерных стереотипов, существует особый взгляд на физическое и прочее насилие в отношении женщин и наличествуют особые установки в отношении криминализации и декриминализации домашнего насилия [3, 12].

Полагают, что данные о насилии повсеместно занижаются; исследования выявляют более высокий процент женщин, подвергающихся насилию, чем об этом свидетельствуют соответствующие национальные оценки распространенности [7]. Женщины с симптомами психического неблагополучия, как правило, чаще становятся жертвами насилия, как правило, чаще, чем женское население страны в целом [10].

Ситуации домашнего насилия играют определяющую роль в развитии психических расстройств у женщин [6, 13, 14, 25]. Достоверно установлена связь тяжелых форм депрессивных расстройств с наличием актов семейного насилия в разные периоды жизни женщины, начиная с детского возраста [16, 17]. У женщин с психическими расстройствами, кроме упомянутого, подверженных повышенному риску виктимизации, отмечают развитие сопутствующих физических заболеваний, что также связывают с прямым или косвенным влиянием бытового насилия [8, 18].

Гендерно обусловленное насилие, пандемия и экологическая модель насилия

Термин «гендерно обусловленное насилие» был активно введен в научный оборот в разгар эпидемии ВИЧ/СПИД: по ряду причин женщины оказались самой стигматизируемой группой [19]. Это справедливо и в отношении других пандемий, таких как Эбола, лихорадка Зика [20]. Большой объем соответствующих публикаций появился и в период пандемии COVID-19 [21–23].

Количество случаев домашнего насилия удвоилось после введения режима самоизоляции, резко возросла нагрузка на «горячую линию» помощи жертвам насилия [24, 25]. Женщины из отдельных сообществ (например, ЛГБТ) и этнических меньшинств оказались особыми «мишенями» в этом прицеле [26].

В конце 1990-х гг. L.L. Heise разработала так называемую экологическую модель насилия [27]. Признавая, что насилие в отношении женщин по сути является ключевым фактором психической травматизации и психических заболеваний [28], ВОЗ с опорой на «экологическую модель» насилия и соответствующие исследования, сделанные в рамках данной модели [27, 29], разработала ряд рекомендаций. Насилие в отношении женщин рассматривается как результат сложного динамического взаимодействия индивидуальных, межличностных, социальных, культурных и экологических детерминант, влияющих на жизнедеятельность и поведение женщины и ее окружения. Уровень индивида включает личностные характеристики, усиливающие вероятность стать жертвой насилия либо совершить насильственные действия. Это факторы биологической и личной истории, предшествующий опыт переживания насилия. Уровень взаимоотношений – это отношения в рамках близкого круга, круга бытового общения, внутрисемейного, когда в самом стиле общения актуализируется ряд признаков, увеличивающих риск виктимизации или совершения насилия. Уровень сообщества – это более широкий контекст, в который встроены межличностные взаимоотношения. Патогенные в плане насилия характеристики данного уровня – это бедность, безработица, отсутствие социальной поддержки и т. п. Наконец социальный уровень – это факторы, благоприятствующие насилию, снимающие запрет на него (культурные нормы, поддерживающие насилие в качестве способа решения конфликтов; нормы, закрепляющие безусловное доминирование мужчин над женщинами, детьми).

В ряде документов, вышедших в России [30] и за рубежом [31, 32], данная экологическая модель представлена в контексте развития ситуации с COVID-19. Приводится содержательное наполнение каждого из уровней, указываются не только факторы риска, снижающие порог реализации насилия в отношении женщин, но и факторы профилактические. Все это проецируется на первичное звено здравоохранения – с необходимостью сплошного мониторинга обращающихся за помощью и консультацией женщин. Формы стандартного опроса и принципы оказания помощи приведены в соответствующих документах, например, в основополагающих документах Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) [33].

Медико-психологическая помощь женщинам, подвергшимся бытовому насилию

В настоящее время имеется ряд клинических руководств ВОЗ и ВПА [33, 34], в которых представлена ориентировочная основа действий медицинских работников по оказанию первой помощи женщинам, подвергшимся бытовому насилию. Прежде

всего выделяют потребности таких женщин: 1) неотложные потребности, связанные с эмоциональным (психологическим) состоянием; 2) неотложные потребности, связанные с физическим состоянием; 3) потребность в безопасности (длительная); 4) потребность в поддержке и охране психического здоровья (длительная). Первая помощь включает ряд ключевых мер, подразделяемых следующим образом: 1) первая помощь жертвам насилия; 2) дополнительная клиническая помощь в связи с фактом сексуального насилия; 3) дополнительная поддержка в плане сохранения психического здоровья.

Основные принципы психологического сопровождения пациенток, переживших опыт насилия, представлены в виде получившей широкое распространение модели LIVES, смысл которой и практическое воплощение конкретизируются далее. Акроним LIVES раскрывается следующим образом: слушать (англ. Listen) эмпатически и безоценочно; спрашивать (англ. Inquire) о потребностях и проблемах (эмоциональных, физических, социальных, практических); подтверждать (англ. Validate), показывать, что верите пациентке и понимаете ее; повышать уровень безопасности (англ. Enhance safety), обсуждать способы и возможности предотвращения дальнейшего насилия; поддерживать (англ. Support), помочь связаться с соответствующими службами социальной поддержки.

В контексте гендерно обусловленного насилия нельзя обойти вниманием и жестокое обращение в детстве, которое отрицательно сказывается на результатах любого психосоциального вмешательства. Это показывают обзоры, затрагивающие смежную проблематику: детские травмы, последствия домашнего насилия, пережитого в детском возрасте, вклад множественной виктимизации [13, 35]. Жестокое обращение в детстве отражается на ходе и результатах любого вмешательства – для достижения ремиссии здесь требуется более длительный период времени, нужен особый (долгий и специальный) подбор психотерапии, наличествует резистентность (меньшая отзывчивость) в отношении психофармакотерапии [36].

Психосоциальная терапия: фокусированные на травме вмешательства и другие мероприятия

Когда говорят о медико-психологических мероприятиях, осуществляющихся в отношении здоровых женщин, а также женщин с психическими расстройствами, подвергшихся внутрисемейному насилию, то прежде всего подразумевают разделение таких вмешательств на фокусированные на травме и нефокусированные [37].

Такое разделение возникло неспроста и было связано с выделением группы психических заболеваний, осложненных посттравматическим стрессовым расстройством. Психосоциальные вмешательства, осуществляемые в отношении женщин с психическими расстройствами, подвергшихся бытовому насилию, часто квалифицируют как психосоциальные вмешательства при психических заболеваниях (главным образом шизофрении), осложненных посттравматическим стрессовым расстройством [38, 39]. Характеризуя связь психических заболеваний с посттравматическим стрессовым расстройством, говорят о механизмах «порочного круга»: травматический стресс может быть фактором запускающим, предшествующим манифесту или ухудшению состояния, и далее – женщины с психическими расстройствами, что называется, притягивают неприятности, становясь жертвами насилия и прочих воздействий травматической природы [40, 41]. В результате, по разным данным,

коморбидность здесь высока и достигает до 29% [цит. по 42]. Несмотря на противоречия в современном понимании коморбидности, исследователи единодушны, усматривая в данном случае коморбидность сущностную, когда одно из расстройств становится фактором риска для другого, в отличие, например, от иных вариантов коморбидности, таких как отклоняющаяся (отражающая влияние некоего общего внеклинического фактора) или независимая (отражающая совпадение двух независимых расстройств).

Выделяют и особый травматический опыт – сексуальное насилие, для выявления которого у пациенток с психозами предлагаются соответствующие инструменты скрининга [цит. по 42].

Итак, различают фокусированные на травме и нефокусированные вмешательства. К первым относятся те, что предполагают длительную или краткосрочную экспозиционную терапию, например, в виде десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ, англ. EMDR). В данном случае используются методы, вызывающие у пациентки травматические воспоминания со всеми их составляющими – эмоциональной, визуальной, когнитивной и физической (в виде телесных ощущений) [37]. К вмешательствам, отнесенным к данной категории, причисляют также когнитивную проработку травматических событий, фокусировку на травматических переживаниях и адаптацию к травматическим воспоминаниям, фокусировку на совладании с последствиями травмы и т. п.

Ко вторым – не фокусированным на травме вмешательствам – относят терапию общего плана: когнитивно-поведенческую терапию, подходы по типу решения проблем и поведенческой активации, комбинированные подходы и др. Когнитивно-поведенческая терапия наиболее распространена среди методов психосоциальной терапии лиц с психическими расстройствами, мужчин и женщин, и имеет высокую доказательную эффективность, подтвержденную метаанализами [цит. по 42]; именно она включена в соответствующие руководства в качестве предпочтительной. Если же говорить о применении данной терапии в случае, например, шизофрении, осложненной внутрисемейным насилием, то исследований на предмет доказательной эффективности таких вмешательств пока недостаточно [43]. К сожалению, не во всех систематических обзорах указывают признаки, отделяющие фокусированную на травме терапию от общей (не фокусированной на травме). В последнем случае речь идет о неясно очерченных, обозначенных как «психосоциальная терапия» формах (например, о «психологических вмешательствах, нацеленных на укрепление физического здоровья» и т. п.). Все это затрудняет сравнение подходов [42, 43].

Вопрос о безопасности психосоциальных вмешательств, когда речь идет о женщинах с психическими расстройствами, подвергшихся бытовому насилию, стоит особенно остро [34, 44]. Клиницисты указывают, что фокусированные на травме психотерапевтические манипуляции, осуществляемые с данной группой пациенток, могут быть опасны, так как опираются на экспозиционную составляющую, и могут вызвать у пациентки вполне понятное обострение симптоматики. Сторонники фокусированного на травме подхода активно исследуют его эффективность и возможные издержки. Так, в одной из работ [45] специально изучались негативные побочные эффекты фокусированных на травме вмешательств у пациенток с психозом и посттравматическим стрессовым расстройством. Оценка, сделанная спустя 6 месяцев, показала, что фокусированное на травме вмешательство безопасно – оно не

приводит ни к обострению симптоматики, ни к нежелательным явлениям, ни к фактам ревиктимизации.

В целом по результатам систематических обзоров и метаанализов вмешательств, фокусированных на травме, как оказалось, предлагается больше, чем ожидалось [8]. Меньше, чем ожидалось, такие вмешательства осуществлялись женщинами-терапевтами, в плане подбора клиентка-консультант не всегда соблюдает формат гендерно-сенситивной помощи. В исследованиях недавнего времени, касающихся женщин с психическими расстройствами – жертв внутрисемейного насилия, подтверждена эффективность именно краткосрочных вмешательств [цит. по 42].

Рассматривая гендерно обусловленное насилие, многие исследователи данного вопроса априори полагают, что социальный уровень (речь идет о странах со средним и низким уровнем доходов, об экономическом статусе как таковом) влияет на эффективность любого психосоциального вмешательства [8, 46]. Факторы риска гендерного порядка в странах третьего мира особенно значимы и снижают эффективность психосоциальной терапии. Отдельные исследователи, указывающие на высокую эффективность медико-психологических вмешательств в таких странах, рассматривают широкое полотно «травматизации» (войны, пытки и т. д.), а не бытовое насилие мирного времени [47]. Эффективность психосоциальной терапии может снижать и та медицинская модель, что принята службами охраны психического здоровья. Эта модель не всегда отвечает потребностям женщин и часто «патологизирует» проблемы, связанные с гендерно обусловленным насилием [28, 47].

Исследования гендерно обусловленного насилия часто фокусируются на барьерах и препятствиях в плане внедрения доказательных форм психосоциальной терапии, на ограничениях, обусловленных фактором «пациент» или «клиницист» [цит. по 42]. В последние годы стали появляться работы, опирающиеся на гендерный анализ [48]. В упомянутой ранее работе Кеупежад и соавт. [7] оценивается опыт переживания женщиной насилия и влияние такого опыта на эффективность лечения. Были выделены гендерные факторы риска при развитии ряда психических заболеваний, и насилие со стороны близкого партнера рассматривается как модератор эффективности лечения (в исследованиях обычно упускают из виду или недооценивают именно модераторы психосоциальных вмешательств). Женщины, пережившие бытовое насилие, получают больше пользы от психосоциальной терапии, даже если такая терапия и не предусматривает специально нацеленных на травму (насилие) компонентов. Это важно в плане клинических рекомендаций для тех стран, что не располагают достаточными ресурсами в плане реализации специализированных психосоциальных программ.

Дальнейшие исследования гендерно обусловленного насилия и психосоциальной терапии видятся нами как исследования региональной специфики (регионы мирные, не затронутые конфликтом, постконфликтные регионы, лагеря беженцев и т. д.), исследования, стратифицирующие предметную область (городские и сельские жители, образованные и необразованные слои населения и т. п.), важна также оценка временных характеристик воздействия насилия (срок давности насилия). В плане эффективности психосоциальной терапии важно изучить, повлияло ли количество занятий на результат лечения. Количество занятий (встреч с психологом, психиатром, психотерапевтом, социальным работником) может существенно варьировать, и, как нам представляется, для получения положительного результата требуется

некое оптимальное число встреч (подобно, например, оптимуму мотивации в законе Йеркса – Додсона).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на высокую распространенность насилия в отношении женщин в обществе, а также сильную взаимно обусловленную связь между насилием и психическими расстройствами, систематические и крупномасштабные рандомизированные контролируемые исследования психосоциальной терапии, медико-психологической помощи женщинам, подвергшимся бытовому насилию, редки и разрозненны. Все это ограничивает возможность перевода клинических данных, во-первых, в доказательные практики помощи, а во-вторых, в разумные клинические рекомендации.

Исследования указывают на широкую распространенность гендерно обусловленного насилия. Насилие в отношении женщин является основным определяющим фактором психической травматизации и связанных с ней психических заболеваний у женщин. В этой связи отметим актуальность разработки программ повышения квалификации медицинских кадров по теме гендерно обусловленного насилия, психических расстройств и психосоциальной помощи женщинам, пострадавшим от домашнего насилия. Психиатры, психотерапевты, наряду с клиническими психологами, а также другими специалистами сферы охраны психического здоровья, участвуют в оказании помощи, в просвещении, проведении исследований и формировании общественного мнения на предмет насилия в отношении женщин. В рамках таких программ специалист обучается умению распознавать жертв насилия и оказывать им надлежащую помощь. Начальным этапом является обучение специалиста тому, как проводить стандартный опрос пациентки на предмет насилия и виктимизации. Данный опрос должен включаться в рутинную клиническую оценку состояния пациентки и базироваться на осмыслении и признании роли насилия разного рода в патогенезе многих психических заболеваний.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kachaeva M.A., Dozorceva E.G., Nuckova E.V. Kliniko-psihologicheskie problemy vnutrisemejnogo nasiliya v otnoshenii zhenshchin i devochek [Clinical and psychological problems of intrafamilial violence against women and girls]. *Rossiiskij psixiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2016;6:26–31. (In Russian)
2. Kachaeva M.A., Kryukov V.V., Ponizovskij P.A. et al. Psihicheskoe zdorov'e zhertv bytovogo nasiliya v usloviyah karantinnyh mer, svyazannyh s pandemiej COVID-19 [Mental health of victims of domestic violence amid COVID-19 quarantine measures]. Moskva. 2020. 18 p. (In Russian)
3. Semenova N.D. Psihosocialnye vmeshatelstva pri shizofrenii, oslozhnennoj posttravmaticheskim stressovym rasstrojstvom [Psychosocial interventions for schizophrenia complicated by PTSD]. *Materialy V konferencii dlya specialistov sfery ohrany psihicheskogo zdorov'ya. Proceedings of the V conference for mental health professionals*. Volgograd. 2019; 53–55. (In Russian)
4. Semenova N.D., Kachaeva M.A., Shport S.V. Psihosocialnye meropriyatiya v otnoshenii zhenshchin s psihicheskimi rasstrojstvami-zhertv bytovogo nasiliya (po rezul'tatam sistematicheskikh obzorov i metaanalizov) [Psychosocial interventions for women with mental disorders who are victims of domestic violence (based on systematic reviews and meta-analyses)]. *Rossiiskij psixiatricheskij zhurnal*, 2021;1:93–102. (In Russian)
5. Kharitonova N.K. et al. Depressii u zhenshchin-zhertv domashnego nasiliya (sudebno-psixiatricheskie nablyudeniya) [Depression in female victims of domestic violence (forensic psychiatric observations)]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*, 2019;119(1):34–38. (In Russian)
6. Akel M., Berro J., Rahme C. et al. Violence against women during COVID-19 pandemic. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021. Art. 0886260521997953. DOI: 10.1177/0886260521997953.
7. Baidoo L., Zakrisson T.L., Feldmeth G. [et al.]. Domestic violence police reporting and resources during the 2020 CoVID-19 stay-at-home order in Chicago, Illinois. *JAMA Network Open*. 2021;4(9). Art. e2122260. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22260
8. Barbui C., Purgato M., Abdulmalik J. et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):162–172. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30511-5.
9. Craighead W.E., Nemeroff C.B. The impact of early trauma on response to psychotherapy. *Clinical Neuroscience Research*, 2005;4(5–6):405–411.

10. Davies S.E., Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs*, 2016;92(5):1041–1060.
11. Devries K.M. et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 2010;18(36):158–170.
12. Devries K.M. et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 2013;10(5):e1001439.
13. Emezue C. Digital or digitally delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2020;6(3):e19831.
14. Ferrari G. et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action*, 2016;9:29890.
15. Forman-Hoffman V., Middleton J.C., Feltner C. et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review update. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD). 2018. PMID. 30204376.
16. Fulu E., Miedema S. Violence Against Women: Globalizing the Integrated Ecological Model. *Violence Against Women*, 2015;21:1431–1455. DOI: 10.1177/1077801215596244.
17. Garcia-Moreno C., Jansen H.A., Ellsberg M. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet Psychiatry*, 2006;368:1260–69.
18. Gupta G.R. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. *Can HIV AIDS Policy Law Rev.*, 2000;5(4):86–93.
19. Halim N. et al. Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower-middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clinical Psychology Review*, 2018;66:117–135.
20. Hameed M. et al. Psychosocial therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020; 7.
21. Heise L.L. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 1998;4(3):262–290.
22. Howard L.M. et al. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 2010;40(6):881.
23. Keynejad R.C., Hanlon C., Howard L.M. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2020;7:173–90.
24. Khalifeh H. et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, 2015;45(4):875–886.
25. Khalifeh H. et al. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *The British Journal of Psychiatry*, 2015;207(3):207–212.
26. Krug E.G. et al. The world report on violence and health. *Lancet Psychiatry*, 2002;360(9339):1083–1088.
27. Lambert J.E., Alhassoon O.M. Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 2015;62(1):28–37. DOI: 10.1037/cou0000048.
28. MacMillan H.L., Kimber M., Stewart D.E. Intimate partner violence: recognizing and responding safely. *JAMA*, 2020;324(12):1201–1202.
29. McMahon K. et al. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 2015;69:42–49.
30. Muldoon K.A. et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Medicine*, 2021;19(1):1–9.
31. Patel V., Saxena S., Lund C. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet Psychiatry*, 2018;392:1553–98.
32. Roesch E., Amin A., Gupta J., García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*, 2020;369. Art. m1712. DOI: 10.1136/bmj.m1712.
33. Satyanarayana V.A., Chandra P.S., Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Current Opinion in Psychiatry*, 2015;28(5):350–356.
34. Šimunović Filipčić I. et al. Gender differences in early onset of chronic physical multimorbidities in schizophrenia spectrum disorder: Do women suffer more? *Early Intervention in Psychiatry*, 2020;14(4):418–427.
35. Steel C. et al. Cognitive – behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia. A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 2017;47(1):43–51.
36. Stewart D.E., Vigod S., Riazantseva E. New developments in intimate partner violence and management of its mental health sequelae. *Current Psychiatry Reports*, 2016;18(1):4.
37. Stöckl H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 2013;382(9895):859–865.
38. Tannenbaum C., Ellis R.P., Eyssel F. et al. Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 2019;575:137–46.
39. Tarzia L. "It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman": The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. *Qualitative Health Research*, 2020; pp. 1049732320967659.
40. The World Psychiatric Association (WPA) International Competency-Based Curriculum for Mental Health Care Providers on Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women. Available at: https://3ba346de-fde6-473f-b1da536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_c4cf4b0c0df34141ab9d439ea715176a.pdf
41. Turner D.T. et al. Psychosocial interventions for intimate partner violence in low and middle-income countries: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Global Health*, 2020;10(1).
42. UN Women Policy Brief. Online and ICT facilitated violence against women and girls during COVID-19.
43. Valentine S.E. et al. Disparities in exposure to intimate partner violence among transgender/gender nonconforming and sexual minority primary care patients. *LGBT Health*, 2017;4(4):260–267.
44. Van den Berg D.P.G. et al. Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 2015;42(3):693–702.
45. Wenham C., Smith J., Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet Psychiatry*, 2020;395(10227):846–848.
46. Whiting D., Lichtenstein P., Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry*, 2020.
47. WHO Mental Health ATLAS 2017. Geneva: World Health Organization, 2018. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/ (accessed Oct 3, 2018).
48. Yu R. et al. Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Medicine*, 2019;16(12):e1002995.