



Welens

EDUCATIONAL
PRACTICES THROUGH
A GENDER LENS

ПОСОБИЕ НА ТЕМУ СЕКСУАЛЬНОЙ
ЭКСПЛУАТАЦИИ И НАСИЛИЯ

МОДУЛЬ 3

Зависимость, здоровье и уход

Совместный документ



Софинансирование
Европейского Союза

Номер проекта 2023-1-FR01-KA220-ADU-000165625



ПОСОБИЕ НА ТЕМУ СЕКСУАЛЬНОЙ
ЭКСПЛУАТАЦИИ И НАСИЛИЯ

МОДУЛЬ 3

Зависимость, здоровье и уход

Совместный документ



Co-funded by
the European Union

Номер проекта 2023-1-FR01-KA220-ADU-000165625

СОДЕРЖАНИЕ:

0. СЛОВАРЬ	6
1. ВВЕДЕНИЕ	9
2. ФУНКЦИИ МОЗГА: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД	11
2.1. Модель «рука-мозг»	11
2.2. Карта мозга	11
2.3. Мозг и стресс	14
2.4. Мозг и память	14
2.5. Мозг и схема компенсации	15
3. ТРАВМА	18
3.1. Реакция мозга на стресс и травму: «окно толерантности»	18
3.2. Влияние травмы и уязвимости	19
3.3. Травма, насилие и зависимость	20
4. ФАКТОРЫ РИСКА	23
4.1. Индивидуальный уровень	23
4.2. Семейный уровень	24
4.3. Общественный и локальный уровень	24
4.4. Системное насилие	26
4.5. Влияние медиа и нормализация травмы	27
4.6. Интерсекциональность и накопленные риски	28
4.6.1. Роль пересекающихся идентичностей (например, гендер, раса, класс, инвалидность)	28
4.6.2. Как пересечение факторов усиливает уязвимость к травме и ограничивает доступ к помощи	28
5. ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ	31
6. ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ И СПЕЦИАЛИСТАМ	33
6.1. Для пострадавших — практические инструменты и техники работы с травмой	34
6.2. Для специалистов	36
6.2.1. Эмоции специалистов	36
6.2.2. Забота о тех, кто заботится	38
7. ПРАВОВАЯ БАЗА	40
7.1. Правовые механизмы оказания помощи женщинам, пострадавшим от гендерного насилия, с проблемами психического здоровья и/или зависимостью	40
7.2. Международная и региональная правовая база в области психического здоровья и заботы	57
БИБЛИОГРАФИЯ:	63



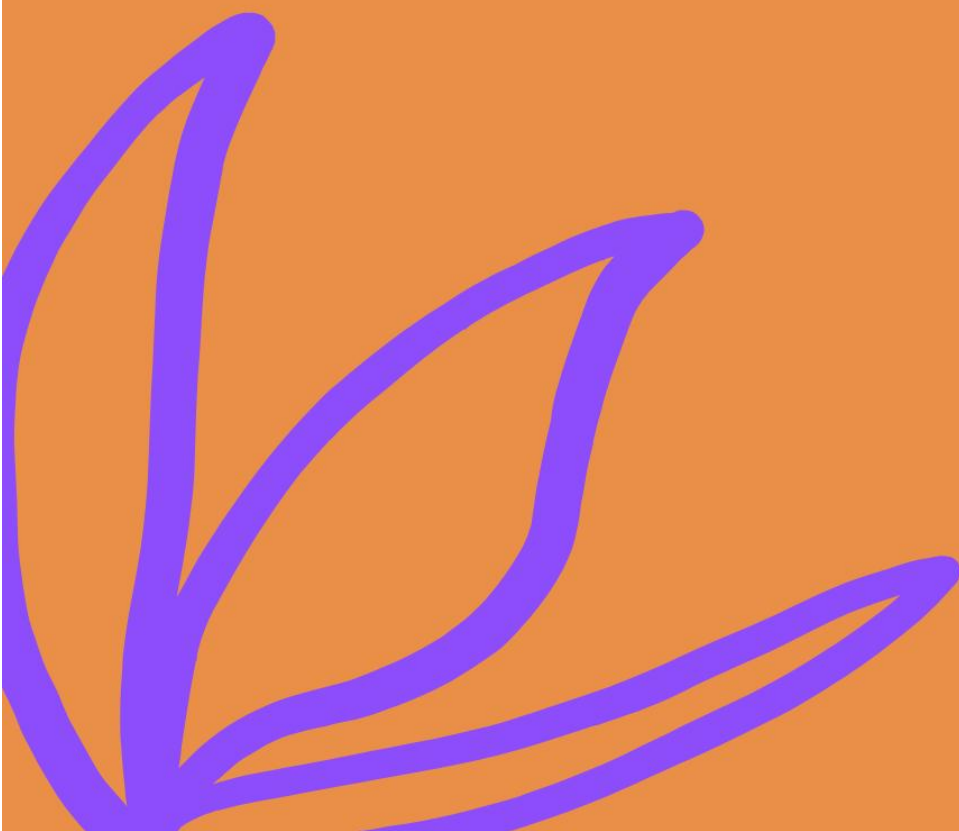
**Co-funded by
the European Union**

Финансируется Европейским Союзом.

Тем не менее, выраженные взгляды и мнения принадлежат исключительно автору(ам) и не обязательно отражают позицию Европейского Союза или Европейского исполнительного агентства по образованию и культуре (EACEA). Европейский Союз и EACEA не несут ответственности за содержание данного материала.



СЛОВАРЬ



0. СЛОВАРЬ

Реакция «бей–беги–замри»

Автоматическая защитная реакция организма на опасность. В кровь выбрасываются стрессовые гормоны (например, адреналин и кортизол), учащается сердцебиение, обостряется внимание, мышцы готовятся к борьбе, бегству или полной неподвижности.

Когнитивная нагрузка

Объём рабочей памяти, который мы используем, когда учимся, думаем или решаем задачи. При слишком высокой нагрузке (например, когда задача слишком сложная) снижается способность эффективно обрабатывать информацию.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Психическое состояние, которое может развиваться после переживания травмирующего события. Симптомы включают навязчивые воспоминания, кошмары, избегание ситуаций, напоминающих о травме, повышенную настороженность и изменения настроения.

Комплексная травма

Возникает в результате повторяющихся или длительных травмирующих событий, чаще всего в детстве или в близких отношениях. Может приводить к проблемам с саморегуляцией, формированием идентичности и построением отношений, а также сопровождаться симптомами, выходящими за рамки типичного ПТСР.

Диссоциация

Психический процесс, при котором человек частично или полностью «отключается» от реальности: от собственных чувств, воспоминаний, личности или осознанности. Может варьироваться от лёгкого «зависания» в мечтах до серьёзного отстранения, характерного для диссоциативных расстройств, связанных с травмой.

Эмоциональное выгорание

Состояние физического и эмоционального истощения, связанное с хроническим стрессом на работе. Проявляется цинизмом, снижением эффективности и постоянной усталостью. В классификации ВОЗ не считается заболеванием, а относится к категории «профессиональных феноменов».

Копинг-стратегии - механизм преодоления трудностей

Способы, с помощью которых человек — осознанно или неосознанно — справляется со стрессом или травмой. Они могут быть положительными (например, общение,

физическая активность) или разрушительными (избегание проблем, употребление психоактивных веществ).

Травма-ориентированный подход

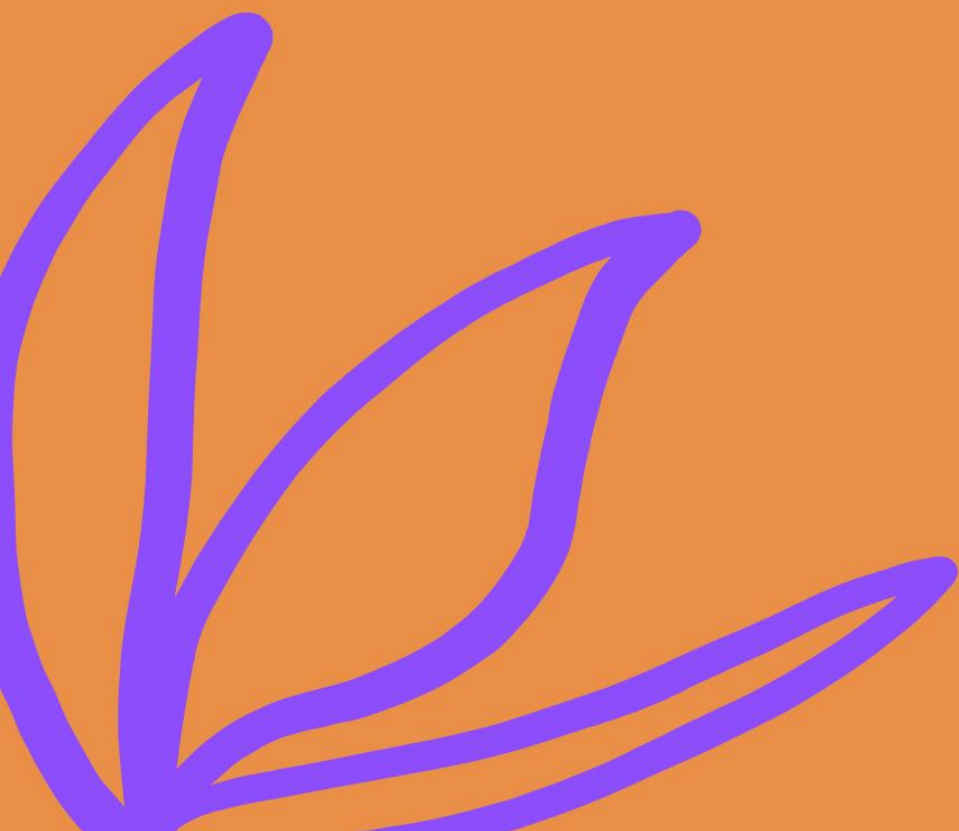
Модель работы специалистов и организаций, в основе которой вопрос «Что с вами произошло?», а не «Что с вами не так?». Такой подход учитывает влияние травмы на человека и направлен на предотвращение повторной травматизации.

Неблагоприятный детский опыт (Adverse Childhood Experiences, ACEs)

Потенциально травмирующие события, происходящие в детстве, такие как насилие, пренебрежение или неблагополучие в семье. Высокий уровень ACEs связан с повышенными рисками для психического и физического здоровья на протяжении всей жизни.



ВВЕДЕНИЕ



1. ВВЕДЕНИЕ

В продолжение предыдущих модулей, посвящённых гендерному насилию и сексуальной эксплуатации, третий модуль обращается к тесно связанной теме — здоровью, заботе и зависимости. Пережитая травма, причины которой часто в системном насилии и маргинализации, оставляет глубокие следы в психике и теле человека, влияя на его жизненный путь и возможность обращаться за помощью.

Начинается модуль с нейробиологического взгляда: он помогает разобраться, как мозг реагирует на стресс, что происходит с памятью и почему возникает зависимость. Далее мы раскрываем, как именно травма отражается на эмоциональной жизни и поведении, и как она связана с насилием и употреблением психоактивных веществ.

Основной раздел посвящён факторам, которые могут как усиливать риски, так и защищать человека. Они рассматриваются на разных уровнях — от личного и семейного до общественного и системного. Отдельно обсуждается роль медиа, пересечение разных форм уязвимости и барьеры, которые мешают людям получать необходимую помощь.

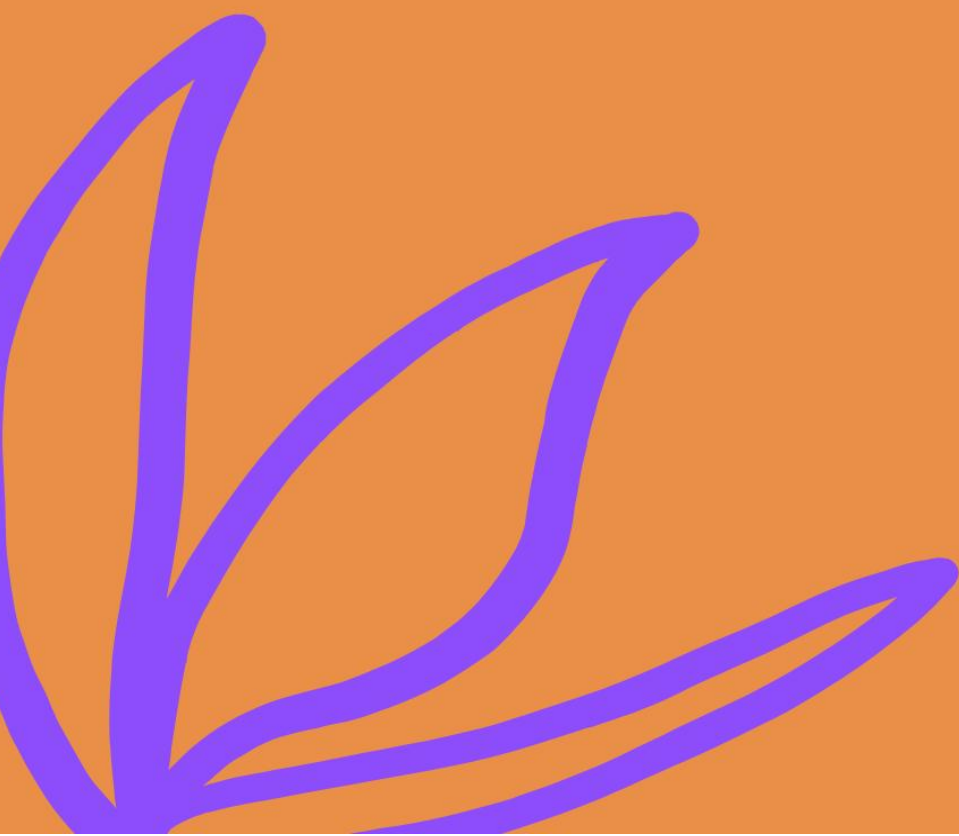
Особое внимание уделено практическим инструментам. Речь идёт о методах поддержки людей, переживших травму, а также о том, как самим специалистам справляться с эмоциональной нагрузкой, избегать выгорания и заботиться о себе.

Завершает модуль обзор правовых норм: в нём собраны международные и региональные стандарты и описаны механизмы юридической поддержки женщин, переживших гендерное насилие и одновременно сталкивающихся с психическими трудностями и зависимостью.

В целом задача модуля — объединить научные знания и практические подходы, чтобы выстраивать эффективные и гуманные пути помощи, которые учитывают всю сложность и уникальность жизней, затронутых страданием и исключением.



ФУНКЦИИ МОЗГА



2. ФУНКЦИИ МОЗГА: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

2.1. Модель «рука-мозг»

Чтобы лучше понять, как мозг реагирует на травму, стресс и зависимость, представим так называемую «модель руки», разработанную доктором Дэниелом Сигелом. Это простое, но **очень** наглядное упражнение помогает объяснить работу основных зон мозга и то, как они взаимодействуют в моменты эмоционального равновесия или, напротив, его утраты.

Используя руку в качестве метафоры, модель показывает, как мозг перерабатывает стрессовые и травмирующие события, и что происходит, когда мы «теряем контроль». Под этим выражением понимается временное отключение мыслительных и саморегулирующих отделов мозга при столкновении с угрозой или травмой.

2.2. Карта мозга

Возьмите перчатку и наденьте её на недоминантную руку — она станет символической картой мозга.

В центре ладони напишите **«рептильный мозг»**.



Эта зона расположена у основания черепа, там, где мозг соединяется со спинным мозгом. Она отвечает за автоматические функции выживания: сердцебиение, дыхание, поддержание температуры тела. Сюда же относятся чувство равновесия и ориентации в пространстве, а также регулирование базовых биологических потребностей — голода, полового влечения, сна и бодрствования.

Теперь согните большой палец через ладонь и подпишите его как **«лимбическая система»**.



Лимбическую систему можно представить как «эмоциональная штаб-квартира» мозга. В неё входят:

- **миндалевидное тело** — своеобразный «радар», который в доли секунды оценивает окружающую среду на предмет опасности или безопасности и задаёт главный вопрос: *«Это хорошо или плохо?»*;
- **гиппокамп** — область, которая помогает сохранять и вспоминать информацию, особенно связанную с событиями, имеющими сильную эмоциональную окраску.

Эта система направляет нас к тому, что воспринимается как безопасное или приятное, и помогает избегать того, что кажется угрожающим или болезненным. Если ситуация оценивается как опасная, миндалина запускает стрессовую реакцию организма — цепочку процессов, которые могут привести к поведению типа **«бей», «беги» или «замри»**.

Важно понимать, что связь между стволом мозга (рептильным мозгом) и лимбической системой означает: эмоциональные переживания способны мгновенно задействовать инстинктивные механизмы выживания — ещё до того, как «рациональная» часть мозга успеет всё обдумать.

Теперь пригните четыре пальца поверх большого и слегка сожмите их в кулак. На тыльной стороне пальцев подпишите **«кора мозга»**.



Кора головного мозга позволяет нам осознавать собственное телесное состояние, воспринимать внешний мир через пять органов чувств, а также отслеживать положение и движения тела благодаря осязанию и чувству движения. Именно из коры исходят планы двигательной активности и контроль над произвольными мышцами.

Далее, обратите внимание на кончики пальцев — особенно среднего и указательного. Они символизируют префронтальную кору, на английском обозначаемую аббревиатурой PFC (от англ. prefrontal cortex). Для наглядности можно написать «PFC» на ногтях этих пальцев.



Префронтальная кора — одна из самых «молодых» в эволюционном смысле областей мозга, и именно у человека она развита особенно сильно. Её главная роль — в способности ставить цели, концентрировать внимание, управлять импульсами и принимать обдуманные решения. Эта зона получает сигналы от множества других отделов мозга, обрабатывает их и помогает нам подстраивать поведение под изменяющиеся обстоятельства.

На долю префронтальной коры приходится широкий спектр так называемых **«исполнительных функций»**: умение сохранять внимание и мотивацию, предвидеть последствия и планировать действия, контролировать импульсивные реакции, управлять эмоциями, корректировать поведение в зависимости от ситуации. И, пожалуй, самое важное — способность *остановиться* перед действием, оставив пространство для осознания, эмпатии и осознанного выбора.

Обратите внимание на один важный момент: когда ваша рука сжата в кулак, кончики среднего и указательного пальцев (PFC) лежат прямо на большом пальце (лимбическая система) и касаются ладони (ствол мозга), одновременно оставаясь частью коры. Это соприкосновение не случайно и не только символично — префронтальная кора действительно выполняет интегративную функцию. Она соединяет сигналы:

от **рептильного мозга** (автоматические реакции выживания),

от **лимбической системы** (эмоции и память),

и от **коры** (обработка ощущений и управление произвольными действиями).

2.3. Мозг и стресс

Что же происходит, когда мы испытываем стресс?

Мы восприняли звук, образ или телесное ощущение как угрозу нашей физической, профессиональной, личной или культурной идентичности. В ответ мозг запускает стрессовую реакцию организма, подготавливая нас к трем возможным сценариям: **бей, беги или замри**.

В этот момент префронтальная кора отключается и перестаёт взаимодействовать с остальными отделами мозга. Чтобы изобразить это с помощью «модели руки», распрямите четыре пальца вверх, оставив большой палец согнутым вдоль ладони. Этот простой жест наглядно демонстрирует мощный нейронный сдвиг: в такие минуты мы теряем доступ к нашим высшим способностям — аналитическому мышлению, планированию, самоконтролю и эмпатии.

Такое состояние образно называют **«срыв крыши»**. Контроль берут на себя рептильный мозг и лимбическая система, отвечающие за инстинкты выживания и эмоциональные реакции.

⚠ Важно!

В этот период вы физиологически не способны принимать взвешенные решения или устанавливать глубокий контакт с другим человеком. Поэтому лучше не говорить и не делать того, о чём потом придётся пожалеть. Ваша первоочередная задача — успокоить нервную систему. Для этого помогают: медленное дыхание, концентрация на ощущениях тела или обращение к близкому человеку.

Цель — «вернуть в строй» **префронтальную кору**, снова аккуратно сложив пальцы поверх большого. Когда связь восстанавливается, вы возвращаетесь в состояние, где можно ясно мыслить, сопереживать и действовать с мудростью.

2.4. Мозг и память

Память — это не единый «контейнер», а целая система, состоящая из разных механизмов, которые совместно позволяют нам сохранять информацию, делать выбор, чувствовать, воображать и даже осознавать собственную личность.

Используя **«модель руки»**, можно увидеть, как эти системы распределены по разным отделам мозга:

- **Рептильный мозг** (ладонь руки): здесь находится **процедурная память** и телесные рефлексy. Это память тела — умение ездить на велосипеде, ловить мяч, сохранять равновесие. Она не осознаётся и не зависит от слов, а действует

через действие. Такие воспоминания автоматизированы, глубоко закреплены и почти не поддаются забыванию.

- **Эмоциональный мозг** (большой палец, согнутый к ладони): здесь формируется **эмоциональная память**. Миндаливидное тело оценивает события — опасно это или приятно, а гиппокамп «помечает» их временем и обстоятельствами: *где? когда? с кем?* Благодаря этому рождаются сильные эмоциональные воспоминания: запах моря в детстве, страх, пережитый во время аварии, или радость от неожиданного праздника.
- **Кора мозга** (четыре пальца, согнутые поверх большого): здесь хранится **декларативная (явная) память** — та, которую мы можем выразить словами. Она делится на два основных вида:
 - **Эпизодическая память** — воспоминания о личных событиях (*«Я помню свой первый день в школе»*).
 - **Семантическая память** — общее знание о мире: факты, понятия, слова (*«Париж — столица Франции»*).

Эти два вида памяти постоянно взаимодействуют: эпизодические воспоминания обогащают наше понимание фактов, а накопленные знания помогают лучше осмысливать собственный опыт.

- **Префронтальная кора (PFC)** (кончики пальцев): здесь находится кратковременная **рабочая память**, которую часто сравнивают с временной «доской для записей». Она удерживает информацию на короткое время и позволяет ею оперировать — например, выполнять вычисления в уме. Без рабочей памяти мы не смогли бы поддерживать разговор, составлять список покупок или рассуждать вслух. Однако эта память очень хрупкая: стресс, усталость или отвлекающие факторы быстро её перегружают.

2.5. Мозг и схема компенсации

Чтобы лучше понять механизмы мотивации и зависимости, важно рассмотреть систему вознаграждения мозга, в центре которой находится так называемая дофаминовая цепь. **Дофамин** часто называют «молекулой удовольствия». Он связан с предвкушением, стремлением к вознаграждению, мотивацией и желанием повторить действие, которое нас стимулировало. Иными словами, это внутренний голос мозга: *«О да, сделай это ещё раз, это важно!»*

В глубине мозга есть небольшая область — вентральная тегментальная зона (*англ. ventral tegmental area, VTA*). Она выделяет дофамин каждый раз, когда мы воспринимаем стимул как приятный или многообещающий: съесть шоколад, посмотреть видео, получить уведомление, выиграть приз или выполнить задачу. Эта система служит своеобразным «двигателем выживания»: она подталкивает нас повторять то, что оказалось полезным, приятным или обогащающим.

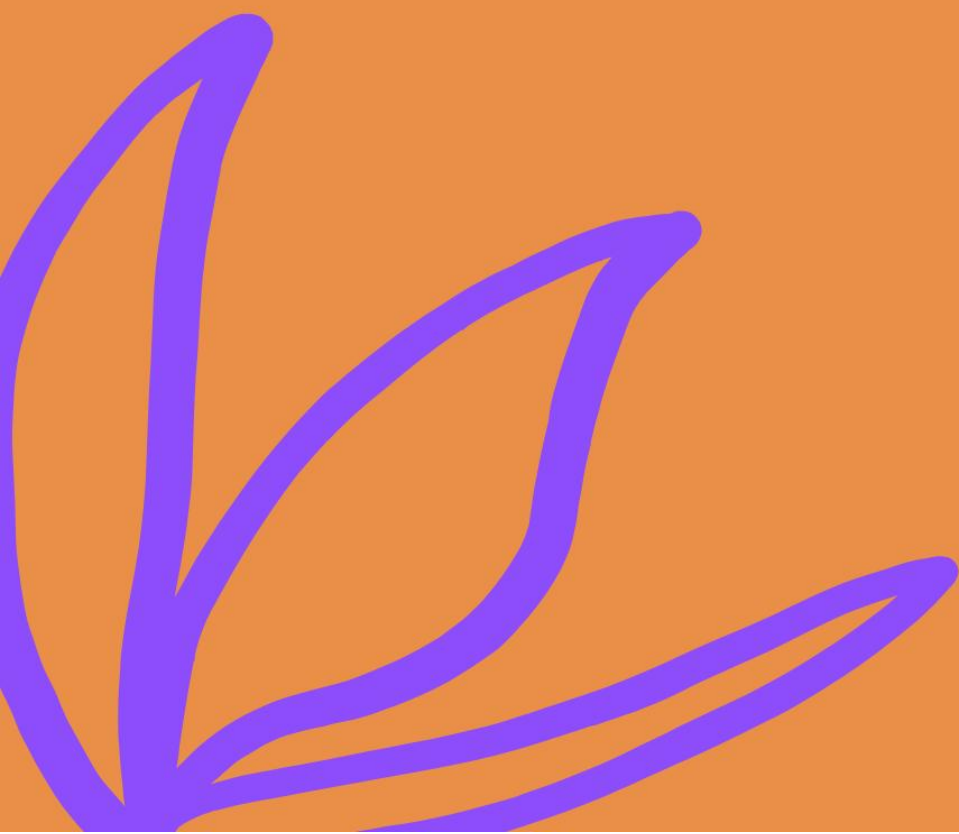
Но есть и обратная сторона. Когда дофаминовая система перегружается слишком частыми или слишком сильными стимулами (алкоголь, наркотики, экраны, социальные

сети, стремление к сверхрезультатам, порнография и т. д.), мозг начинает адаптироваться. Он переходит в режим экономии энергии: «Слишком много дофамина. Снизим чувствительность рецепторов, чтобы избежать перегрузки».

Так формируется схема компенсации. В результате удовольствие ощущается всё слабее, для прежнего эффекта требуется больше стимуляции, простые радости становятся тусклыми, а потребность — или даже навязчивое желание — усиливается. Всё это может привести к спирали зависимости.



TPABMA



3. ТРАВМА

Психологическая травма возникает тогда, когда человек сталкивается с событием — или серией событий, которые оказываются для него настолько разрушительными, что он не в силах справиться с переживанием и интегрировать их в свой жизненный опыт. Джудит Херман (1992) определяет травму как «разрыв в фундаментальных отношениях между человеком и миром». Она может быть следствием физического, сексуального или эмоционального насилия, а также хронических и системных форм угнетения.

Различают несколько типов травмы:

- Острая — связана с одним конкретным событием.
- Хроническая — длится во времени, повторяясь снова и снова.
- Комплексная — чаще всего возникает в межличностных отношениях и насильственной или абьюзивной среде, например, в семье или в институциональных структурах.

Симптомы травмы могут быть разными, но чаще всего включают:

- Навязчивые проявления: флэшбэки, кошмары, навязчивые воспоминания.
- Избегание: нежелание говорить о событии или избегание мест и людей, связанных с ним.
- Когнитивные и эмоциональные изменения: чувство вины, стыда, эмоциональное онемение, утрата способности получать удовольствие (ангедония).
- Гипервозбуждение: повышенная настороженность, раздражительность, нарушения сна, чрезмерные реакции испуга (Американская психиатрическая ассоциация, 2013).

Все эти проявления напрямую связаны с нейробиологическими механизмами организма, который реагирует на угрозу.

3.1. Реакция мозга на стресс и травму: «окно толерантности»

Понятие **«окно толерантности»**, предложенное психиатром Даниэлем Сигелом в 1999 году, помогает понять, как человек реагирует на травму. Под ним подразумевается оптимальный диапазон возбуждения нервной системы, в котором человек способен переживать, осознавать и регулировать свои эмоции, не испытывая перегрузки.

Находясь в этом «окне», мы можем оставаться в контакте с реальностью, размышлять и сохранять эмоциональное равновесие.

Однако у людей, переживших травму — особенно хроническую или связанную с близкими отношениями, это окно сужается. Организм начинает воспринимать даже обычные, нейтральные раздражители как угрозу, и включаются автоматические, биологически закреплённые реакции выживания. Они проявляются двумя основными способами:

- **Гипервозбуждение** (выход «выше» рамок): человек словно всё время «на взводе» — тревога, паника, вспышки гнева. Симпатическая нервная система работает на пределе, а любое событие воспринимается как опасность. Это похоже на то, как будто «туман» накрывает сознание.
- **Гиповозбуждение** (выход «ниже» рамок): активизируется парасимпатическая система, и человек «замирает». Это может проявляться в виде эмоционального онемения, отрешённости, ощущения пустоты, депрессии или даже потери связи с собственным телом.

Примеры из жизни:

- Женщина, пережившая домашнее насилие, может испытать паническую атаку просто от хлопка двери — это гипервозбуждение.
- Человек, переживший сексуальное насилие, во время обычного медицинского осмотра или даже при нейтральном физическом контакте может «отключиться» эмоционально — это гиповозбуждение.

Важно понимать: эти реакции не являются «преувеличением» или «иррациональностью». Это естественные механизмы выживания, закреплённые телом и мозгом. К сожалению, в обществе и институциях такие проявления часто неправильно трактуются и наказываются: человека называют агрессивным, неустойчивым или равнодушным, вместо того чтобы увидеть в нём того, кто оказался за пределами своего «окна толерантности».

Расширить и стабилизировать это окно помогает травма-ориентированный подход к заботе и поддержке — когда в центре внимания находятся безопасность, эмоциональная регуляция и уважение к личным границам.

3.2. Влияние травмы и уязвимости

Травма затрагивает людей по-разному. Её распространённость и последствия усиливаются под влиянием социальных, культурных, экономических и политических

факторов. Особенно уязвимы те, кто уже живёт в условиях маргинализации: женщины, LGBTQIA+ люди, мигранты, люди с инвалидностью, представители расовых и этнических меньшинств, а также люди, находящиеся в бедности. Эти группы чаще подвергаются повторяющимся травматическим ситуациям и при этом зачастую лишены доступа к качественной поддержке.

В этом смысле травма носит **интерсекциональный характер** (Кимберли Крэншоу, 1991): она формируется не только отдельными событиями, но и целыми системами власти и дискриминации. Исследование «Неблагоприятные детские переживания» (Adverse Childhood Experiences, ACE; Фелитти и др., 1998) показало сильную связь между ранними травматическими событиями, такими как насилие, игнорирование потребностей (neglect), домашняя агрессия и бедность, и множеством проблем со здоровьем во взрослой жизни. Среди них: депрессия, тревожные расстройства, зависимости, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение и рискованное поведение.

Кроме того, исследование выявило эффект «накопления дозы»: чем больше травматических событий испытал человек, тем выше вероятность болезней и психологических трудностей в будущем. Таким образом, травма имеет системный и долговременный характер, может передаваться из поколения в поколение и требует комплексного, культурно-чувствительного и не патологизирующего подхода к заботе и поддержке.

3.3. Травма, насилие и зависимость

Связь между травмой и зависимостью глубока, циклична и при этом часто остаётся незамеченной. Люди, пережившие комплексную травму, особенно повторяющееся и связанное с близкими отношениями насилие, нередко вырабатывают стратегии выживания, в которые входят употребление психоактивных веществ или компульсивное поведение (например, алкоголь, наркотики, самоповреждения, переедание, азартные игры или сексуальная зависимость). Важно понимать: это не «плохие выборы», а попытки самостоятельно справиться с физической и психической болью (Najavits, 2002).

Примеры:

- Женщина, пережившая сексуальное насилие в детстве, может начать злоупотреблять алкоголем, чтобы заглушить воспоминания или уменьшить невыносимые эмоции.
- LGBTQIA+ человек, столкнувшийся с семейным отвержением, дискриминацией и насилием, может прибегать к употреблению веществ, чтобы хотя бы в определённых социальных ситуациях почувствовать себя «в безопасности» или «включённым» в сообщество.

Такие формы поведения часто усугубляются стигмой и социальной изоляцией, особенно если человек принадлежит к уже маргинализированным группам — мигрантам, расовым и этническим меньшинствам, бездомным. К сожалению, система здравоохранения и социальные службы часто рассматривают зависимость исключительно как индивидуальную проблему, игнорируя её травматические и структурные корни.

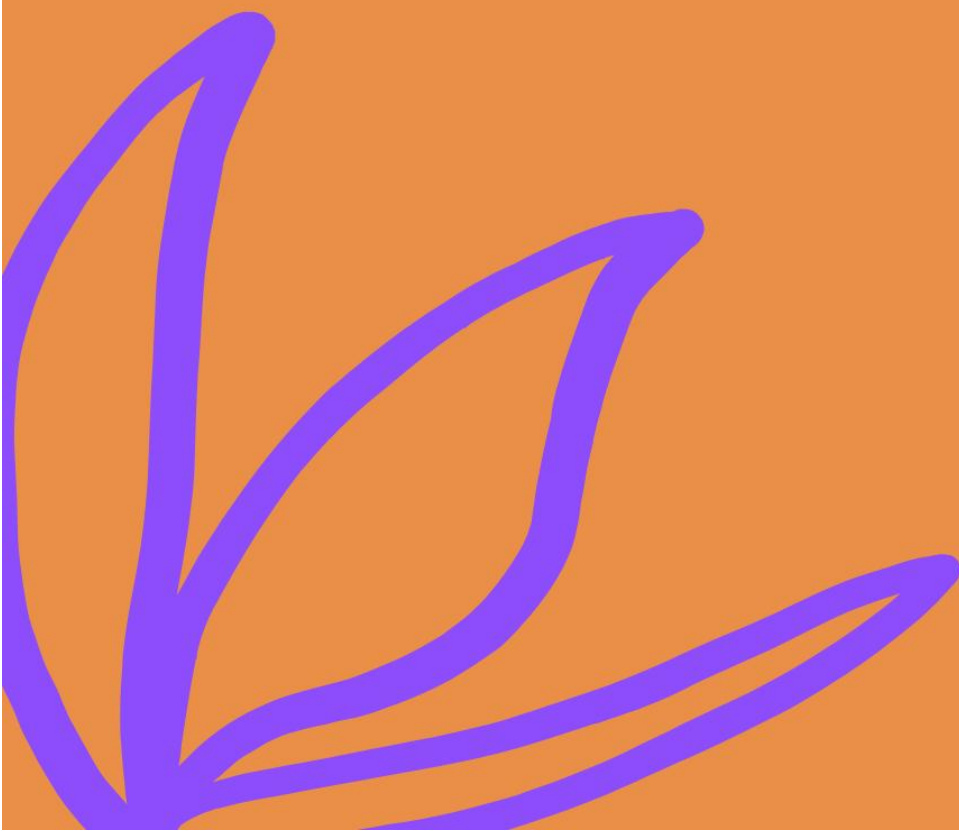
Кроме того, многие пережившие насилие избегают обращаться за помощью из-за страха осуждения, наказания или потери опеки над детьми, особенно в странах и сообществах, где зависимость криминализована. Эта проблема в наибольшей степени затрагивает женщин: большинство служб не имеют подходящих инструментов для работы с учётом гендерной специфики и травматического опыта.

Травма-ориентированный подход, в частности модель «В поисках безопасности» (**Seeking Safety**), разработанная Лизой Наджавиц, предполагает одновременную работу с травмой и зависимостью. В её основе - создание ощущения безопасности, восстановление эмоциональной стабильности и выстраивание терапевтических отношений, основанных на уважении и поддержке права человека на самоопределение.

Речь идёт не только о «лечении» в узком смысле. Такой подход направлен на восстановление доверия, возвращение чувства контроля над собственной жизнью и укрепление связей с другими людьми, при полном признании и уважении реального жизненного опыта человека.



ФАКТОРЫ РИСКА



4. ФАКТОРЫ РИСКА

За последние десятилетия проблема гендерного насилия всё чаще признаётся не только острой социальной, но и серьёзной угрозой общественному здоровью (Mercera и др., 2024; Franchino-Olsen, 2019). Оно влечёт за собой широкий спектр тяжёлых психических и физических последствий. Чтобы эффективно противостоять этому явлению, важно учитывать как факторы риска, так и защитные условия. Первые усиливают уязвимость человека к травмирующим ситуациям, вторые — напротив, снижают вероятность опасных и разрушительных последствий. В этом разделе речь пойдёт именно о них.

Факторы риска могут существенно повысить вероятность вовлечения человека в сексуальную эксплуатацию через проституцию. Речь идёт о биологических, психологических, семейных, общественных и культурных характеристиках, которые связаны с повышенной опасностью негативных исходов (SAMHSA, б.г.).

4.1. Индивидуальный уровень

На индивидуальном уровне ключевую роль играют личные и психологические переживания, особенно в раннем возрасте. Так называемые неблагоприятные детские переживания (Adverse Childhood Experiences, ACEs) способны глубоко повлиять на эмоциональное развитие и общее благополучие человека в будущем (Mercera и др., 2024). К факторам риска на этом уровне относятся:

- Физическое и эмоциональное пренебрежение (Franchino-Olsen, 2019; Mercera и др., 2024; Project Starfish, б.г.). Отсутствие заботы и внимания формирует заниженную самооценку и неудовлетворённую потребность в близости. Это может подтолкнуть ребёнка к бегству из дома и поиску поддержки в небезопасных средах — например, в криминальных группах или уличных компаниях (Mercera и др., 2024; Project Starfish, б.г.).
- Опыт сексуального насилия или слишком раннее сексуальное вовлечение. Травма, связанная с насилием, нарушает способность формировать здоровое отношение к сексуальности и согласию (Mercera и др., 2024). Раннее начало сексуальной жизни также повышает уязвимость перед дальнейшей эксплуатацией (Franchino-Olsen, 2019).
- Употребление психоактивных веществ (Benavente и др., 2021; Mercera и др., 2024; Project Starfish, б.г.). Замкнутый круг зависимости, финансовых трудностей и ломок может привести человека к стратегиям выживания, включая сексуальную эксплуатацию (Mercera и др., 2024).

4.2. Семейный уровень

Семейная динамика оказывает огромное влияние на развитие личности. Дисфункциональная или насильственная обстановка значительно повышает риск вовлечения в сексуальную эксплуатацию (Mercera и др., 2024). Среди ключевых семейных факторов риска можно выделить:

- Семейная дисфункция и нарушенное родительство (Franchino-Olsen, 2019; Mercera и др., 2024): сюда относится жизнь в условиях домашнего насилия, нормализация транзакционных (отношений в обмен на деньги, подарки или другие выгоды) или эксплуатационных сексуальных практик в семье, а также семейная история эксплуатации (Benavente и др., 2021).
- Отчуждение от семьи (Benavente и др., 2021): отсутствие стабильной поддержки со стороны семьи может толкать людей любого возраста к поиску безопасности и принятия вне дома, что нередко приводит в небезопасные или эксплуататорские условия.

4.3. Общественный и локальный уровень

Социальная и общественная среда оказывает значительное влияние на жизнь людей, переживших травму, зависимость и эксплуатацию. Общественные условия часто становятся связующим звеном между структурным неравенством и индивидуальными уязвимостями — они могут как смягчать последствия, так и усиливать их. Когда социальная сплочённость разрушается, сети поддержки слабеют, доступ к услугам становится ограниченным или неблагоприятным. В таких условиях риск маргинализации, насилия и эксплуатации резко возрастает — особенно для женщин, употребляющих наркотики, переживших насилие, мигрантов без документов или внутренне перемещённых лиц, а также для тех, кто живёт в нестабильных жилищных условиях или работает без гарантий (EMCDDA, 2022; Mercera и др., 2024).

Социальная сплочённость — то есть уровень доверия, взаимной поддержки и общих ценностей среди членов местного сообщества — является важнейшим защитным фактором. Она проявляется через доступ к формальным и неформальным сетям поддержки: помощь соседей, участие в культурных или религиозных группах, местных ассоциациях. Там, где такой сплочённости нет, люди чаще сталкиваются с изоляцией, отсутствием защиты и ограниченным доступом к услугам. Особенно это касается маргинализированных групп, включая мигрантов и людей с зависимостью, которые оказываются отрезанными от защитных систем, что делает их более уязвимыми к эксплуатации и повторным травмам (Franchino-Olsen, 2019; Buller и др., 2020).

На общественном уровне существует ряд факторов, усиливающих изоляцию и уязвимость:

- нестабильность проживания — бездомность или вынужденное переселение;
- барьеры в образовании, особенно в сельских районах и регионах с недостатком ресурсов;
- экономические трудности — безработица, долги, материальная нужда.

Все эти обстоятельства повышают вероятность столкновения с сексуальным и гендерным насилием (Mercera и др., 2024; Franchino-Olsen, 2019). Дополнительную опасность представляет нормализация насилия в медиа и культурных нарративах: это ведёт к снижению чувствительности, искажённому восприятию, закреплению вредных стереотипов о зависимости и психическом здоровье, а также подрыву эмпатии на уровне общества (Brown, 2019).

Кроме того, мощным фактором исключения остаётся **стигма**. Людей, сталкивающихся с зависимостью или проблемами психического здоровья, часто воспринимают через призму морализаторских или индивидуалистских представлений, а не как личностей, пытающихся справиться с травмой и последствиями структурной несправедливости. Особенно сильной стигматизации подвергаются женщины, употребляющие наркотики и пережившие насилие: их показания о случаях насилия часто вызывают недоверие или вовсе игнорируются (Jiménez и др., 2014). При этом гендерная стигма связана не столько с употреблением веществ как таковым, сколько с общественными ожиданиями и дискриминацией женщин, которые выходят за рамки традиционных ролей.

Культурные нарративы, подчёркивающие **личную ответственность** — например, идея, что преодоление зависимости или травмы зависит исключительно от «силы воли», скрывают системные причины: бедность, гендерное насилие, социальное исключение. Как отмечала феминистская мыслительница bell hooks, подобные интерпретации «деполитизируют страдание» и снимают с общества коллективную ответственность, смещая акцент с борьбы за справедливость на требование «быть стойким».

Тем не менее именно общество может становиться пространством сопротивления и исцеления. Инициативы на местах, взаимопомощь и травма-ориентированная работа, часто обеспечивают необходимую заботу и солидарность там, где формальные системы не справляются. Использование интерсекционального и травма-ориентированного подхода позволяет специалистам видеть не только риски, но и ресурсы, а также формы устойчивости, которые возникают внутри сообществ даже в условиях тяжёлых испытаний.

4.4. Системное насилие

Системное насилие — это совокупность практик, норм и институциональных механизмов, которые воспроизводят структурное неравенство и фактически лишают целые социальные группы их фундаментальных прав. Для женщин, сталкивающихся с зависимостью и проблемами психического здоровья, оно проявляется в форме стигматизации, социальной изоляции и барьеров в доступе к услугам. Их часто подвергают моральным оценкам, вторичной виктимизации или просто не считают достоверными свидетелями — как в системе здравоохранения, так и в судебной системе (Bartlett и др., 2022).

Системное насилие выходит далеко за рамки индивидуальных поступков: оно укоренено в самих институтах, которые, казалось бы, должны защищать наиболее уязвимых. Например, многие центры лечения зависимостей и психических расстройств не учитывают гендерные особенности и травматический опыт женщин. Это фактически становится формой институционального насилия: женщин отталкивают от поиска помощи, подталкивают к дальнейшему контролю или медицинализации (Covington, 2008).

Кроме того, условные социальные пособия — когда доступ к жилью или доходу зависит от участия в определённых программах или демонстрации «правильного поведения» — нередко оказывают карательное воздействие на женщин в сложных жизненных обстоятельствах и закрепляют их хроническую маргинализацию (Pittaway и др., 2009).

Ряд исследований показывает, что существует прямая связь между воздействием системного насилия и повышенным риском развития зависимостей или психических расстройств, а также с трудностями в преодолении межличностного насилия (Mills и др., 2020). Это связано с тем, что институциональные ответы — фрагментарные и плохо согласованные между судебными, медицинскими, социальными службами и структурами, работающими с гендерным насилием — зачастую игнорируют взаимосвязь травмы, зависимости и психического здоровья. В результате усиливаются исключение и повторная травматизация.

Признание системного насилия фактором риска требует смены оптики: от представления о «личной патологии» к пониманию институциональной и коллективной ответственности. Это означает необходимость рассматривать употребление психоактивных веществ не как личный провал, а как стратегию выживания, выработанную в условиях, где отсутствовали защита, безопасность и право на самоопределение.

4.5. Влияние медиа и нормализация травмы

Роль средств массовой информации крайне велика в формировании общественного восприятия таких проблем, как сексуальная эксплуатация и гендерное насилие. Одной из самых тревожных тенденций является то, что насилие и вредные стереотипы часто романтизируются или нормализуются в фильмах, телешоу и онлайн-контенте. Постоянное столкновение с образами женщин в подчинённом или униженном положении приводит к снижению чувствительности и уменьшает готовность общества реагировать на подобные преступления (Coy & Bragg, 2020). Кроме того, сенсационное освещение в СМИ нередко усиливает виктимблейминг — перекладывание вины на самих пострадавших. Это закрепляет разрушительные нарративы и делает выживших менее склонными обращаться за помощью или искать справедливости (Loney-Howes, 2021). Широкое распространение гиперсексуализированных образов и гламуризация абьюзивных отношений в медиа формируют опасную установку, что насилие — допустимая или «нормальная» часть отношений, что повышает риск эксплуатации (García-Moreno и др., 2015).

Однако медиа могут быть и мощным инструментом позитивных изменений, если использовать их осознанно. Кампании, документальные фильмы и истории, рассказанные самими пострадавшими, показывают, что стратегический подход способен постепенно менять общественные установки и способствовать развитию активизма. Когда платформы уделяют внимание честному и сочувственному изображению переживших гендерное насилие, это помогает разрушать молчание и стигму, побуждая пострадавших обращаться за поддержкой (Kitzinger, 2004). Появление социальных движений, таких как **#MeToo**, создало глобальную площадку, где люди смогли делиться своим опытом, находить солидарность и оказывать давление на правительства и институты, вынуждая их к реальным реформам (Fileborn & Loney-Howes, 2019).

Для противодействия нормализации травмы в медиа важно внедрять медиаобразование в школах, чтобы формировать у молодёжи критическое мышление и способность распознавать и оспаривать вредные образы (Brown, 2018). Также необходимы механизмы регулирования, которые заставляли бы СМИ нести ответственность за распространение стереотипов и сенсационализма. Продвижение подхода, ориентированного на пострадавших, и травма-информированной журналистики позволит создавать материалы, которые поддерживают и уважают опыт людей, а не эксплуатируют его ради эффекта (Stanko, 2017). В конечном итоге, если преобразовать медиапространство в образовательный и адвокационный инструмент, общество сможет разрушить циклы эксплуатации и содействовать пути исцеления.

4.6. Интерсекциональность и накопленные риски

Понятие интерсекциональности показывает, как пересечение различных идентичностей — пола, расы, социального класса, инвалидности и других — усиливает уязвимость человека к травме и структурному неравенству. Когда такие идентичности накладываются друг на друга, они не просто суммируются, а многократно увеличивают риски и снижают доступ к помощи. Понимание этих механизмов необходимо, чтобы эффективно работать с комплексным ущербом и системным неравенством.

4.6.1. Роль пересекающихся идентичностей (например, гендер, раса, класс, инвалидность)

Пересекающиеся идентичности — пол, раса, социальный статус, инвалидность, сексуальная ориентация, миграционный опыт — напрямую влияют на уязвимость человека перед травмой, зависимостью и эксплуатацией. Эти социальные параметры определяют жизненный опыт, доступ к ресурсам и степень подверженности структурным формам дискриминации. Люди из уязвленных групп чаще сталкиваются с травмами именно из-за системного неравенства и угнетения. Чем больше у человека таких «накладывающихся» идентичностей, тем выше его риск.

Например, женщина с низким доходом, имеющая инвалидность и принадлежащая к этническому меньшинству, может одновременно сталкиваться и с насилием в сообществе, и с пренебрежением в системе здравоохранения. Пересечение идентичностей усиливает действие факторов риска, поскольку они напрямую связаны с дисбалансом власти в обществе. Концепция интерсекциональности, впервые предложенная юристкой Кимберли Креншоу, помогает понять, где и каким образом сталкиваются и переплетаются механизмы власти и эксплуатации.

4.6.2. Как пересечение факторов усиливает уязвимость к травме и ограничивает доступ к помощи

Уязвимые группы чаще сталкиваются с травматичным опытом из-за системного неравенства и дискриминации. Так, например, в ряде обществ представители этнических меньшинств подвергаются расовому профилированию и полицейскому насилию, а также несут в себе последствия исторической травмы, связанной с колониализмом или рабством. Систематическая дискриминация и насилие в отношении этнических меньшинств, людей с инвалидностью или представителей LGBTQA+ сообщества значительно повышают риск травматизации. Это может проявляться в дискриминации на работе, преступлениях на почве ненависти,

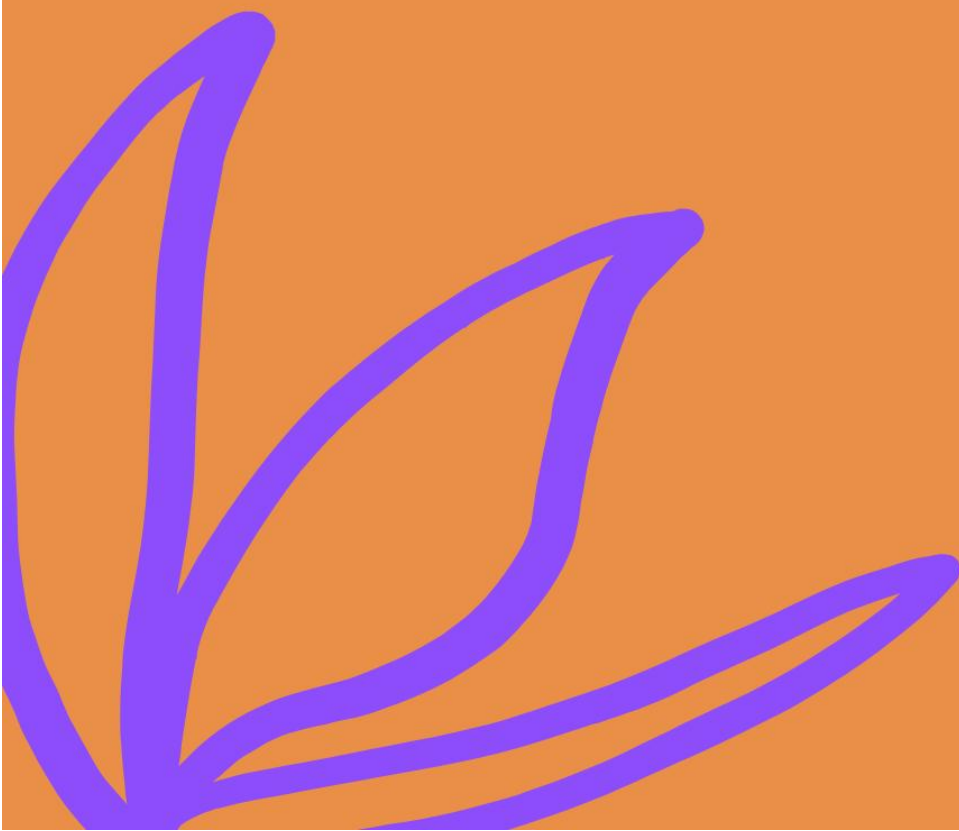
нападениях, семейном пренебрежении или насилии — всё это оставляет глубокие психологические следы.

К другим уязвимым группам относятся люди с низким доходом, женщины и небинарные люди, особенно женщины-мигрантки. Они нередко сталкиваются с серьёзными препятствиями при попытке получить помощь: отсутствием транспорта или доступных услуг по уходу за детьми. Женщины-мигрантки без документов зачастую не имеют права на медицинское обслуживание, а также сталкиваются с языковыми и культурными барьерами при обращении за помощью.

Ситуацию усугубляет хроническое недофинансирование сферы психического здоровья и услуг по восстановлению после травм: очереди на терапию могут растягиваться на месяцы, а в ряде случаев помощь доступна только в частных клиниках, что исключает тех, у кого нет финансовых ресурсов. Жители сельских районов и неблагополучных городских кварталов часто вообще не имеют доступа к специализированным клиникам и службам поддержки.



ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ



5. ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

Когда человек переживает травму — будь то разовое событие или череда длительных тяжёлых испытаний — его нервная система испытывает колоссальное напряжение.

Она реагирует: защищается, замирает, пытается справиться с нагрузкой. Но последствия травмы у всех проявляются по-разному. Почему у одних развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а другие выходят из кризиса с новым чувством силы, ясности и даже внутреннего роста? Ответ часто скрывается в невидимой, но крайне важной сети поддержки — защитных факторах.

Это внутренние ресурсы и внешние связи, которые помогают сохранить целостность психики и тела несмотря на пережитое или позволяют восстановиться после.

Личные защитные факторы (внутренние ресурсы):

Эти ресурсы всегда рядом — они личные, часто незаметные, но жизненно необходимые. Они могут быть врождёнными или приобретёнными, осознанными или действующими на уровне привычек.

- **Эмоциональная регуляция** — умение распознавать, сдерживать и выражать эмоции так, чтобы они не захлёстывали. *«Я чувствую, как поднимается тревога, но знаю, как дыханием её снизить».*
- **Сохранение исполнительных функций** — благодаря работе префронтальной коры мы можем контролировать импульсы, гибко мыслить и удерживать внимание. *«Я делаю паузу и не реагирую сразу».*
- **Самооценка и чувство компетентности** — внутренняя уверенность: *«Я чего-то стою, я справлюсь. Я уже переживал бури и смогу пройти и эту.»*
- **Смысл, духовность, мировоззрение** — вера, философия, убеждения, которые придают устойчивость. *«Я не всё могу контролировать, но у меня есть нить, за которую я держусь».*

Межличностные защитные факторы (ресурсы в отношениях):

Эти ресурсы приходят от других людей, но они не менее значимы. Они активируют систему привязанности, успокаивают нервную систему и помогают человеку вернуться к себе после хаоса.

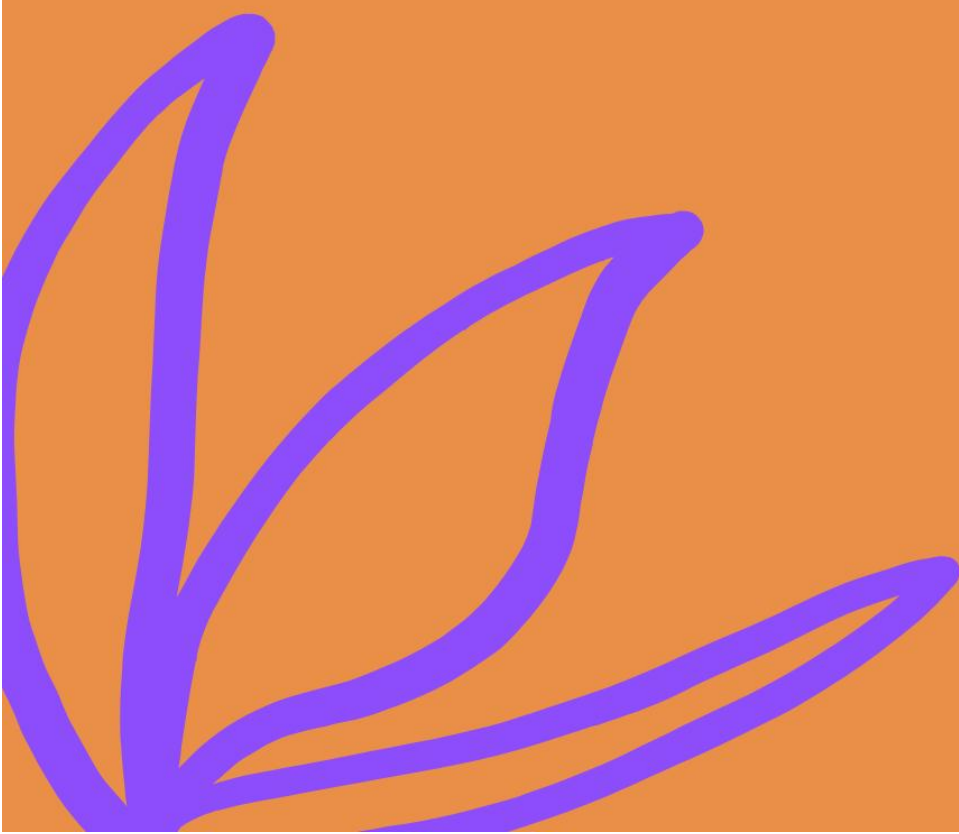
- **Надёжный взрослый / устойчивая привязанность** — поддерживающий взгляд без осуждения, спокойный голос, присутствие, внушающее безопасность. *«Рядом с тобой моё тело чувствует себя в безопасности.»*

- **Поддерживающее окружение** — люди, которые слушают, признают наш опыт, дают советы. *«Я не один на этом пути.»*
- **Положительные ролевые модели** — те, кто вдохновляют своим примером и показывают: возможно справиться. *«Раз смогли они, значит, смогу и я.»*

Эти факторы не стирают саму травму, но они уменьшают её разрушительное воздействие, снижают «токсичный след» и, главное, заново включают механизмы сопротивления стрессу. Благодаря им мы быстрее восстанавливаем связи, возвращаем внутреннюю целостность.



**ПОМОЩЬ
ПОСТРАДАВШИМ
И СПЕЦИАЛИСТАМ**



6. ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ И СПЕЦИАЛИСТАМ

6.1. Для пострадавших — практические инструменты и техники работы с травмой

Существует ряд простых телесно-ориентированных и травма-информированных техник, которые специалисты могут использовать, чтобы помочь людям справиться с последствиями травмы и регулировать нервную систему — особенно в тех случаях, когда слов бывает недостаточно. Эти методы применимы как в клинической, так и в общественной работе. Большинство из них основаны на телесном подходе и поливагальной теории (объясняет, как наша вегетативная нервная система старается обеспечивать наше выживание, какую роль в этом играет чувство безопасности и связи).

Важные напоминания для специалистов:

- Всегда спрашивайте согласие перед использованием телесно-ориентированных техник.
- Давайте человеку возможность выбора и адаптируйте метод под его потребности.
- Предоставляйте контроль и выбор — это помогает вернуть ощущение безопасности, часто утрачиваемое в травматическом опыте.
- Будьте травма-информированы: не настаивайте на зрительном контакте, тишине или неподвижности — они могут восприниматься как небезопасные.

Техники, доступные только для психологов и медицинских специалистов:

- **Травма-информированная КПТ (когнитивно-поведенческая терапия)** — структурированный метод, доказавший эффективность в работе с травмой, помогает перестраивать деструктивные мысли, управлять эмоциями и снижать симптомы ПТСР.
- **EMDR (десенсибилизация и переработка движением глаз)** — специализированная психотерапевтическая техника, включающая управляемые движения глаз или другое двустороннее стимулирование при воспоминании травматических событий. Снижает эмоциональную интенсивность воспоминаний. Проводится исключительно сертифицированными специалистами.

- **Скрининг неблагоприятного детского опыта (ACE)** при плановых осмотрах с помощью стандартизированных анкет позволяет выявить людей с риском травматических последствий и своевременно направить их к специалистам по психическому здоровью.

Простые, безопасные и доступные методы, которые можно использовать в работе с женщинами в любых профессиональных сферах:

Дыхание 4-7-8

- Вдох на 4 секунды → задержка на 7 → выдох на 8.

Снижает сердечный ритм, успокаивает тело и уменьшает тревогу.

Дыхание по квадрату (Box Breathing)

- Вдох 4 сек → задержка 4 → выдох 4 → задержка 4.

Помогает регулировать эмоции и возвращает в «здесь и сейчас».

Дыхание с рукой на сердце или животе

- Положить руку на сердце или живот и дышать медленно.

Активирует парасимпатическую нервную систему («отдых и восстановление»).

Техника постукивания (EFT)

- Лёгкое постукивание по акупунктурным точкам (лоб, под глазами, ключица) с проговариванием успокаивающих фраз или признанием переживания.

Снижает стресс и эмоциональное напряжение, легко обучается и применяется самостоятельно.

«Толкаем стену» (заземление через сопротивление)

- Встать к стене и упереться ладонями на 10–20 секунд.

Включает крупные мышцы, помогает при диссоциации или состоянии «заморозки».

Ориентирование (визуальное заземление)

- Назвать 5 предметов, которые видишь → 4, которые можно потрогать → 3, которые слышишь → 2, которые чувствуешь запах → 1 на вкус.

Возвращает внимание в настоящий момент, особенно при флэшбеках или панике.

Сенсорный сброс

- Подержать в руках что-то холодное (лёд, бутылку с водой) или использовать предметы с разной текстурой (мячики-антистресс, ткань).

Включает сенсорное восприятие и возвращает в «здесь и сейчас».

Упор в стул или его захват

- Сидя, сильно прижать ладони к сиденью или крепко ухватиться за подлокотники. Хорошо помогает при напряжении и подходит людям с ограниченной подвижностью.

«Бабочка» (самообъятие с попеременным постукиванием)

- Скрестить руки на груди и поочерёдно слегка постукивать по плечам. Активирует оба полушария мозга, способствует успокоению.

«Ноги на полу» — заземление телом

- Обратить внимание на ощущение стоп, касающихся пола, распределение веса и устойчивость.

Простая, но мощная техника восстановления чувства безопасности.

Рисование или свободные каракули

- Использовать бумагу и карандаши/фломастеры для рисования эмоций. Даёт невербальный выход чувствам, снижает стресс, особенно полезно для детей и людей с языковыми барьерами.

6.2. Для специалистов

6.2.1. Эмоции специалистов

Встреча с женщиной, пережившей насилие — это всегда хрупкий, интенсивный и глубоко человеческий опыт. В этом пространстве заботы профессионал привносит не только свои знания и технические навыки (*умение действовать*), но и личные качества, чуткость и эмоциональное присутствие (*умение быть рядом*).

Отношения, которые устанавливаются с женщиной, никогда не бывают нейтральными: это сложное переплетение эмоций и переживаний обеих сторон. Наряду с болью пострадавшей, у специалистов могут возникать сильные собственные эмоциональные реакции. Страх, гнев и печаль — лишь некоторые из чувств, которые могут сопровождать эту работу.

Эти эмоции — не препятствие, а неотъемлемая часть помогающих отношений. Но именно из-за своей силы они требуют осознанного подхода и инструментов для распознавания и управления.

Наиболее распространённые эмоции:

- **Страх** — вызванный тяжестью описанных ситуаций, тревогой за безопасность женщины или даже за собственную.
- **Гнев** — направленный на агрессора, а иногда и на систему, которая воспринимается как медлительная или неэффективная.
- **Печаль** — отклик на истории, глубоко затрагивающие или пробуждающие личные либо коллективные травмы.

Когда эмоции становятся чрезмерно сильными, естественным образом активируются психологические защиты — чаще всего бессознательные. Среди них:

- **Ощущение беспомощности** — парализующее чувство, что всё, что ты делаешь, недостаточно.
- **Чувство всемогущества** — стремление «спасти любой ценой», что ведёт к эмоциональному выгоранию.
- **Идентификация** — чрезмерное отождествление с пострадавшей, стирающее границы между собой и другим.
- **Идеализация** — восприятие женщины как полностью «хорошей», а её окружения — как абсолютно негативного.
- **Проекция** — приписывание другим собственных эмоций или предположений.

Заместительная травматизация и синдром утраты сострадания

Постоянное соприкосновение с историями насилия и болью других людей может приводить к феномену **викарной (заместительной) травматизации** (McCann и др., 1990; Pearlman, 1995) — своеобразной «перенятой» травме, проявляющейся симптомами, схожими с посттравматическим стрессовым расстройством.

Если такое состояние затягивается, оно может перерасти в **синдром утраты сострадания** (Figley, 1995) — состояние эмоционального и физического истощения, возникающее из-за постоянного глубоко эмпатического вовлечения.

Основные проявления синдрома утраты сострадания:

- чувство неэффективности и разочарования в своей работе;
- эмоциональное отстранение или снижение вовлечённости;
- нарушения сна, раздражительность, трудности с концентрацией;
- социальная изоляция, уход от контактов.

6.2.2. Забота о тех, кто заботится

Как метко заметил Кино (Quino): *«Слишком часто срочное не оставляет места для важного»*. Забота о себе и поддержка команды — необходимое условие, чтобы сохранять качество помощи и благополучие тех, кто её оказывает.

По словам Джудит Херман, рабочая команда — это важнейший защитный ресурс: она питает, поддерживает и усиливает сильные стороны каждого участника. К защитным факторам относятся:

- Множественность взглядов — коллективное обсуждение случаев и выработка общих интерпретаций;
- Разделение ресурсов и ответственности — снижение чувства изоляции при принятии решений;
- Обучение через опыт — превращение повседневной практики в постоянное профессиональное развитие.

Чтобы эти факторы оставались действенными, их нужно сознательно поддерживать:

- создавать регулярные пространства для рефлексии и диалога;
- обеспечивать непрерывное повышение квалификации;
- организовывать структурированную и последовательную супервизию — как клиническую, так и эмоциональную.

Супервизия — один из важнейших инструментов поддержки и профессионального роста. Она позволяет остановиться и взглянуть на опыт под другим углом, делает специалистов более осознанными в своём «быть в действии». Случай, выносимый на супервизию, становится лишь поводом: настоящим «текстом» является сам процесс совместного анализа и рассказа внутри группы. Здесь акцент делается не столько на том, *что именно делать или не делать*, сколько на том, *как мы подходим к ситуации*.



ПРАВОВАЯ БАЗА



7. ПРАВОВАЯ БАЗА

7.1. Правовые механизмы оказания помощи женщинам, пострадавшим от гендерного насилия, с проблемами психического здоровья и/или зависимостью

Эстония

Правовая база

Закон Эстонии о поддержке пострадавших (вступил в силу с апреля 2023 года) устанавливает комплексную систему поддержки для пострадавших от гендерного насилия (ГН), координируемую Департаментом социального страхования. Пострадавшие могут получить доступ к услугам поддержки независимо от того, сообщают ли они о насилии в полицию или возбуждают уголовное дело. Система направлена на предоставление помощи, основанной на информации о пережитом насилии, психологической помощи и путей к реабилитации.

Первый контакт:

- 116 006: круглосуточная национальная горячая линия поддержки пострадавших.
- Центры поддержки женщин: доступны по самообращению, через полицию, медицинских работников или НКО.
- Больницы/Социальные службы: могут инициировать направления без участия полиции.

Услуги поддержки:

- Центры поддержки женщин: безопасное проживание, юридические консультации, психосоциальная поддержка в кризисных ситуациях и помощь в реинтеграции.
- Психологические и психотерапевтические услуги: поддержка в восстановлении после травм предоставляется даже без судебного разбирательства.
- Услуги по лечению наркозависимости: доступны через национальную систему здравоохранения, хотя доступ ограничен и не полностью интегрирован с поддержкой жертв гендерного насилия.
- Услуги по охране психического здоровья: пострадавшие могут получить психиатрическую помощь как в государственных, так и в частных клиниках, хотя доступность таких услуг неравномерна.

Ключевые действующие лица и обязанности

Действующее лицо	Роль
Совет социального страхования	Координирует услуги поддержки жертв, включая национальную линию помощи.
Центры поддержки женщин	Предоставляют поддержку, основанную на информации о травмах, убежище и юридическую помощь.
Фонд медицинского страхования	Покрывает необходимые услуги в области психического здоровья и лечения наркозависимости.
НПО/Местные органы власти	Могут поддерживать доступ к специализированной помощи в сельской местности, особенно при наркозависимости.

Проблемы на практике

- Нехватка специалистов: недостаточное количество клинических психологов, психиатров и специалистов по травматологии; время ожидания может растягиваться на месяцы.
- Географическое неравенство: службы сосредоточены в городских центрах; сельские женщины сталкиваются с серьёзными препятствиями в доступе.
- Высокая стоимость услуг в частном секторе: стоимость сеансов составляет от 50 до 100 евро, что ограничивает доступ, несмотря на частичную компенсацию.
- Разрозненность подходов: отсутствие координации между лечением наркозависимости, реагированием на гендерное насилие и психиатрической помощью.
- Стигматизация и недоверие: женщины с проблемами психического здоровья или употреблением психоактивных веществ могут считаться поставщиками услуг или полицией ненадёжными, что снижает вероятность их обращения за помощью.
- Ограничения доступа в приюты: некоторые приюты могут неохотно принимать женщин с активной формой наркозависимости или симптомами психических расстройств.

В заключение стоит подчеркнуть, что, несмотря на то что правовая база Эстонии гарантирует безусловный доступ к поддержке для жертв гендерного насилия с психическими расстройствами или зависимостью, на практике эффективное восстановление всё ещё затруднено системными барьерами — нехваткой специалистов, раздробленностью услуг и сохраняющейся стигматизацией.

Греция

Путь доступа к медицинской помощи

Первичный контакт и направление

Пострадавшие могут обратиться на горячую линию SOS 15900 или быть направлены полицией, социальными службами либо НПО. Центры консультирования (всего 28 по стране) проводят оценку потребностей и направляют в приюты или к медицинским специалистам.

Приюты и службы поддержки

Восемнадцать (18) приютов предоставляют безопасное жильё и работают при участии психологов и социальных работников. Пострадавшие получают психосоциальную поддержку, юридическую помощь и направления в государственные больницы или центры лечения зависимостей.

Медицинская и психиатрическая помощь

Государственные больницы проводят психиатрические осмотры, назначают лечение и предоставляют услуги по работе с зависимостями.

Национальная организация общественного здравоохранения (KEELPNO) координирует ведение медицинских случаев, особенно в отношении женщин-беженки и женщин без документов.

Правовая и социальная реинтеграция

Пострадавшие имеют право на бесплатную юридическую помощь (в соответствии с Законом 3226/2004) и компенсацию.

НПО и муниципальные службы содействуют реабилитации, предоставляя психотерапию, профессиональное обучение и помощь с жильём.

Проблемы

- Ограниченные возможности приютов
- Фрагментарность системы: недостаточная координация между здравоохранением, правовой и социальной сферами.

- Недостаточная подготовка специалистов: нехватка гендерно-чувствительного обучения для полиции, медработников и судебных органов.
- Барьеры для мигрантов: языковые трудности, отсутствие документов и стигматизация ограничивают доступ к помощи.

Ключевые организации

- GSDFPGE — Генеральный секретариат по демографической и семейной политике и вопросам гендерного равенства.
- KETHI — Исследовательский центр по вопросам гендерного равенства.
- ЕККА — Национальный центр социальной солидарности.

Действующее лицо	Роль
GSDFPGE	Разрабатывает и контролирует реализацию политики в области гендерного равенства.
KETHI	Координирует работу приютов и консультативных центров.
ЕККА	Управляет экстренными приютами и горячей линией 197 .
НПО	Оказывают специализированную поддержку, предоставляют юридическую помощь и услуги по лечению зависимостей.
Государственные больницы	Предоставляют психиатрическую помощь и лечение зависимостей.

Подробнее:

Греция разработала соответствующую правовую базу, регулирующую доступ к медицинской помощи, особенно в сферах психического здоровья и гендерно-обусловленного насилия (ГОН).

Доступ к услугам психического здоровья в Греции

Закон № 2716/1999 регулирует предоставление психиатрической помощи и поощряет развитие системы ухода на уровне местных сообществ. Он гарантирует равный доступ к услугам психического здоровья, включая уязвимые группы населения. Основные трудности связаны с нехваткой специалистов по психическому здоровью, особенно в сельских районах. Продолжаются усилия по интеграции психиатрической помощи в систему первичного здравоохранения.

Гендерно-обусловленное насилие и психическое здоровье

Правовые определения и признание ГОН как проблемы общественного здравоохранения:

В 2018 году Греция ратифицировала **Стамбульскую конвенцию**, признав гендерно-обусловленное насилие нарушением прав человека. Кроме того, Закон **№ 4531/2018** привёл национальное законодательство в соответствие с международными стандартами.

Для защиты пострадавших Закон **№ 3500/2006** криминализирует домашнее насилие и обеспечивает юридическую помощь жертвам, а Закон **№ 4324/2015** усиливает систему поддержки для жертв сексуального насилия.

Взаимодействие судебной системы и психологической помощи

Пострадавшие имеют доступ к государственно финансируемой психологической поддержке через консультационные центры и горячие линии. Однако остаются трудности в эффективной координации между юридическими и психиатрическими службами.

Институциональные обязанности и защитные меры

Обязанности учреждений (полиции, больниц, социальных служб):

Полиция обязана направлять пострадавших к службам поддержки. Больницы должны предоставлять бесплатную медицинскую и психологическую помощь пострадавшим, а врачи — сообщать в полицию, если у женщин, обращающихся за медицинской помощью, обнаружены признаки домашнего насилия.

Защитные меры

Согласно Закону **№ 3500/2006**, предусмотрены охранные ордера и приюты для пострадавших. Кроме того, программы защиты жертв поддерживаются за счёт финансирования Европейского Союза и национальных инициатив.

Франция и Мартиника

Путь к психиатрической и психологической помощи

Женщины, подвергшиеся длительному насилию, часто страдают от **комплексной травмы**, проявляющейся в виде посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии, тревожности, диссоциативных расстройств или психозов. Эти состояния нередко усугубляются зависимостями — например, злоупотреблением алкоголем или наркотиками (в том числе полинаркотическим употреблением, бензодиазепинами и т.д.).

Основной точкой входа в систему психиатрической помощи во Франции является **Центр медико-психологической помощи (Centre Médico-Psychologique, CMP)** — бесплатное, территориально распределённое государственное учреждение.

Пострадавшие могут быть направлены туда **врачами общей практики (médecins généralistes)**, больницами, ассоциациями или обратиться самостоятельно. СМР предоставляет **психиатрическую оценку, психотерапию, социальную поддержку и, при необходимости, медикаментозное лечение.**

В сложных случаях пациенток направляют в **специализированные травматологические отделения**, однако доступ к ним ограничен и неравномерен в географическом плане. Ситуацию усугубляет то, что многие психиатрические службы **не обладают системной подготовкой по принципам травма-информированного подхода.**

Психиатрическая госпитализация (добровольная или принудительная) может быть необходима при психотических эпизодах, тяжёлых депрессивных состояниях или суицидальных рисках.

Принудительная госпитализация осуществляется в соответствии со **статьями L3213-1 и L3212-1 Кодекса общественного здравоохранения (Code de la santé publique)** — в зависимости от того, подаётся ли ходатайство третьим лицом или решение принимает местная власть.

Службы по работе с зависимостями и специализированная поддержка

Помощь людям, сталкивающимся с зависимостями, во Франции в основном оказывается через **CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** — Центры лечения, сопровождения и профилактики зависимостей).

Эти центры предоставляют комплексную помощь, включая:

- **Психосоциальную поддержку (accompagnement psychosocial)**
- **Терапию заместительными препаратами (traitements de substitution)**
- **Меры по снижению вреда (réduction des risques)**

Некоторые CSAPA адаптированы для работы с женщинами, пережившими насилие, однако большинство центров **не располагают травма-информированными подходами.** Существует **острая необходимость в интегрированных службах**, которые признают связь между гендерно-обусловленным насилием и зависимостью как формой совладания с травмой.

При необходимости **детоксикация и стабилизация состояния** проводятся в больничных условиях, чаще всего в отделениях **ELSA (Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie** — Команды по взаимодействию и лечению зависимостей).

В редких, но перспективных случаях **терапевтические резидентные учреждения (structures de postcure)** принимают женщин с сочетанием травматического опыта и зависимостей, однако таких мест крайне мало.

Женщины, находящиеся в условиях **бездомности или крайней социальной неустойчивости**, могут обращаться в **CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues** — Центры приёма и поддержки для

потребителей наркотиков, направленные на снижение вреда). Однако эти структуры **не предназначены для длительного терапевтического сопровождения**.

Координацию работы на уровне департаментов осуществляет **CDPEF** (*Commission Départementale de Prévention et de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes* — Департаментская комиссия по предотвращению и борьбе с насилием в отношении женщин), которую возглавляет **префект (Préfet)**. В её состав входят все ключевые участники, задействованные в сфере профилактики и поддержки.

Индивидуальный план сопровождения (Projet d'Accompagnement Personnalisé — PAP)

Для женщины нередко разрабатывается **индивидуальный план сопровождения (PAP)**, который объединяет различные виды поддержки:

- **Юридическая помощь:** подача жалоб, сопровождение в суде, вопросы опеки над детьми (*garde d'enfant*).
- **Маршрут медицинской помощи:** психиатрическое лечение, детоксикация.
- **Социальная интеграция:** стабилизация дохода, обеспечение жильём, профессиональная реинтеграция.
- **Родительская поддержка:** особенно при наличии детей, с возможным участием службы по защите детства (*Protection de l'Enfance*).

Проблемы и структурные барьеры

Несмотря на развитую правовую и медицинскую базу, сохраняются **серьёзные системные трудности**:

- **Фрагментарность услуг:** психиатрическая помощь, лечение зависимостей и поддержка при ГОН часто недостаточно координированы.
- **Исключение из услуг:** приюты могут **отказывать женщинам** с психотическими симптомами или активной зависимостью.
- **Стигматизация:** женщины с психиатрическими диагнозами часто воспринимаются как **ненадёжные свидетели** судебными или медицинскими специалистами.
- **Территориальное неравенство:** доступность специализированных травма-ориентированных служб **значительно варьируется от департамента к департаменту**.

Мартиника: те же права, но неравный доступ

Особенности Мартиники: хотя пострадавшие на острове формально обладают теми же правами, что и во Франции, доступ к судебной системе часто оказывается **более медленным и сложным** из-за:

- ограниченного числа **судей по семейным делам (Juges aux affaires familiales — JAF)**;
- перегруженности **Трибунала правосудия Форт-де-Франс (Tribunal Judiciaire de Fort-de-France)**;

- **задержек в выдаче ордеров на защиту (Ordonnances de protection).**

Пострадавшие нередко обращаются за помощью к **местным ассоциациям**, таким как:

- **Mouvement du Nid Martinique**,
- **CIDFF Martinique (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)** — Информационный центр по правам женщин и семей,
- **Maison de Justice et du Droit** — Дом правосудия и закона, которые помогают им ориентироваться в правовой системе и получать доступ к защите и сопровождению.

Защита и экстренное размещение: ограниченная и уязвимая сеть

На Мартинике первичную помощь оказывают **полиция, CHU de Martinique** (государственная больница) и горячая линия **«3919»**, работающая на местном уровне в партнёрстве с ассоциациями.

Префектура (Préfecture) может активировать механизм экстренной защиты в сотрудничестве с **Прокурором Республики (Procureur de la République)**.

Местные ограничения:

- крайне ограниченное количество мест в приютах, особенно для женщин с психическими расстройствами или зависимостями;
- большинство экстренных приютов **не адаптированы** для женщин с двойным диагнозом (травма и зависимость);
- приюты и хостелы нередко **отказывают** женщинам в состоянии психологического кризиса или при активном употреблении психоактивных веществ.

Эта ситуация **вынуждает многих женщин** возвращаться в опасные дома, полагаться на неформальные сети поддержки или оставаться без жилья.

Психиатрическая и психологическая помощь: хронический дефицит ресурсов

Психиатрическая помощь официально оказывается в рамках **территориальной системы (sectorisation psychiatrique)** через **Центры медико-психологической помощи (Centre Médico-Psychologique, CMP)**.

На Мартинике действуют:

- CMP для взрослых — в **Форт-де-Франс, Трините и Ривьер-Салее**;
- специализированные службы в структуре **CHU de Martinique** (государственной больницы).

Ключевые проблемы:

- нехватка персонала и отсутствие специалистов по работе с травмой;

- длительные ожидания приёма (до нескольких месяцев);
- отделения экстренной психиатрии **перегружены и хронически недофинансированы**;
- **отсутствие кризисных приютов**, где можно получить психиатрическую помощь на месте.

Для женщин, страдающих от **комплексной травмы (ПТСР, диссоциации)**, на Мартинике **не существует специализированных маршрутов помощи**, особенно амбулаторных.

Поддержка при зависимостях: дефицитная и разрозненная система

Помощь людям с зависимостями оказывается через:

- **CSAPA Martinique** (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*) — центр по лечению, сопровождению и профилактике зависимостей;
- **CAARUD** — центры приёма и поддержки для потребителей наркотиков в особо уязвимом положении;
- команду **ELSA** (*Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie*) при **CHU de Martinique**.

Местные пробелы:

- на острове **отсутствуют терапевтические резидентные учреждения (postcure)**;
- службы по работе с зависимостями **не интегрированы** с программами поддержки при травме или ГОН;
- многие женщины с зависимостями **избегают обращения за помощью** из-за стигмы, чувства вины и отсутствия программ, ориентированных на женщин.

Кроме того, в обществе сохраняется **культурное табу на женскую зависимость**, что делает положение таких женщин **ещё более невидимым**.

Структурные проблемы, характерные для Мартиники

- **Островная география** осложняет доступ к услугам для женщин из сельских и удалённых районов.
- **Высокий уровень бедности и безработицы среди молодёжи** усиливает социальную уязвимость.
- **Медицинская «пустыня»** — дефицит врачей общего профиля и специалистов по психическому здоровью.
- **Колониальное наследие и культурное замалчивание ГОН** приводят к институциональному преуменьшению страданий женщин.
- **Недооценка и повторная виктимизация:** женщины, сообщающие о проблемах психического здоровья или зависимостях, нередко **сталкиваются с недоверием или отказом** со стороны полиции и медицинского персонала.

Гайана

Гайана располагает системой здравоохранения и правовой базой, отражающими её уникальный исторический, социальный и экономический контекст.

Законодательство и политика в области здравоохранения

Конституция Гайаны, являющаяся высшим законом страны, гарантирует определённые права, связанные со здоровьем и благополучием. Хотя она прямо не закрепляет **право на медицинскую помощь**, государству предписано **улучшать систему общественного здравоохранения**, обеспечивать доступ к медицинским услугам и способствовать благополучию всех граждан.

Ответственность за здравоохранение в первую очередь несёт **Министерство здравоохранения**, однако региональные администрации также играют важную роль в предоставлении медицинских услуг.

Основные законы в области здравоохранения

Система законодательства Гайаны в сфере здравоохранения опирается на ряд ключевых актов и постановлений:

- **Закон об общественном здравоохранении (Public Health Ordinance, 1934, с поправками)**: исторический нормативный акт, остающийся основным столпом системы общественного здравоохранения Гайаны. Регулирует профилактику и контроль инфекционных заболеваний, санитарное состояние, вакцинацию, отчётность о заразных болезнях и полномочия медицинских должностных лиц.
- **Закон о пищевых продуктах и лекарственных средствах (Food and Drugs Act, 1971)**: регулирует ввоз, продажу и распространение пищевых продуктов, медикаментов, косметики и медицинских устройств, обеспечивая их безопасность и качество.
- **Закон о психическом здоровье (Mental Health Ordinance, 1930, с последующими поправками)**: определяет порядок лечения и госпитализации людей с психическими расстройствами. В настоящее время ведётся **активная работа по его модернизации**, чтобы привести его в соответствие с принципами прав человека и современными подходами к общественно-ориентированной помощи.

Структура системы здравоохранения

В Гайане действует **смешанная система здравоохранения — государственная и частная**.

Государственный сектор организован по трёхуровневому принципу: **первичная, вторичная и третичная помощь**, при этом большинство учреждений и служб находятся под управлением Министерства здравоохранения.

Региональные управления здравоохранения (Regional Health Authorities) обеспечивают оказание медицинских услуг во всех **10 административных регионах**, стремясь к тому, чтобы даже сельские и труднодоступные сообщества имели доступ к базовой помощи.

Законодательный подход к зависимостям: наркотики, алкоголь и табак

Контроль над наркотиками и реабилитация

Правовая политика Гайаны в отношении употребления наркотиков и зависимостей носит **в основном карательный характер**, хотя включает некоторые положения о лечении и реабилитации.

Ключевые нормативные акты:

- **Закон о контроле за наркотическими средствами и психотропными веществами (Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Control Act, 1988, с поправками):** криминализирует хранение, сбыт, производство и употребление контролируемых веществ в соответствии с международными договорами. Санкции за нарушения могут быть строгими, однако закон также предусматривает **создание реабилитационных центров** для людей, страдающих наркотической зависимостью.
- **Программы DARE (Drug Abuse Resistance Education) и Национальные антинаркотические стратегии:** политические инициативы, направленные на **профилактику, просвещение и снижение спроса**, особенно среди молодёжи.

Несмотря на доминирование карательного подхода, растёт понимание необходимости **гуманистических мер**, основанных на **снижении вреда и доступе к лечению**, особенно для уязвимых групп населения.

Контроль за алкоголем и табаком

Гайана приняла ряд законов и постановлений, направленных на регулирование продажи, рекламы и потребления алкоголя и табачных изделий:

- **Закон о лицензировании торговли спиртными напитками (Intoxicating Liquor Licensing Act):** регулирует продажу и распространение алкогольных напитков, устанавливает лицензионные требования, возрастные ограничения и часы реализации.
- **Закон о контроле табака (Tobacco Control Act, 2017):** современный нормативный акт, согласованный с **Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (FCTC)**. Он **запрещает курение в закрытых общественных местах**, ограничивает рекламу, требует нанесения **предупредительных надписей на упаковке** и **запрещает продажу табачных изделий несовершеннолетним**.

Лечение и реабилитация

Правительство Гайаны совместно с несколькими неправительственными организациями реализует **программы по лечению и реабилитации зависимых от алкоголя и наркотиков**. Законодательство допускает **добровольное**, а в некоторых случаях — **судебно назначенное лечение**.

Однако ресурсы остаются ограниченными, а доступ к помощи, особенно **вне Джорджтауна**, по-прежнему затруднён. В последние годы усиливается общественная и экспертная поддержка **перехода от карательной к здравоохранительной модели**, в которой зависимость рассматривается как состояние, требующее медицинской и психосоциальной помощи, а не наказания.

Законодательство о психическом здоровье и инвалидности

Психическое здоровье

Правовая база Гайаны в сфере психического здоровья находится **в стадии реформирования**.

Действующий **Закон о психическом здоровье (Mental Health Ordinance)**, принятый ещё в колониальный период, считается **устаревшим** и содержит **недостаточные гарантии защиты прав и достоинства людей с психическими расстройствами**. Идёт работа по обновлению законодательства, с акцентом на:

- **деинституционализацию** (сокращение зависимости от госпитализаций),
- **развитие услуг на уровне местных сообществ**,
- **согласование национальных норм с международными стандартами прав человека**.

Система реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения

Контроль за заболеваниями и чрезвычайные меры

Закон об общественном здравоохранении (Public Health Ordinance) и сопутствующие положения предоставляют **широкие полномочия медицинским властям** во время вспышек заболеваний и чрезвычайных ситуаций. Среди таких мер: карантин, обязательная вакцинация, отслеживание контактов, закрытие учреждений.

Опыт борьбы с **COVID-19** выявил как сильные стороны системы, так и её уязвимости, включая необходимость в **большей прозрачности, соразмерности мер и защите гражданских прав**.

Международные обязательства и права человека

Международные санитарные правила

Гайана является участницей **Международных медико-санитарных правил (IHR, 2005)**, которые устанавливают глобальные стандарты по мониторингу, отчётности и реагированию на угрозы здоровью.

Страна сотрудничает с **ВОЗ (WHO)**, **Панамериканской организацией здравоохранения (ПАНО)** и **CARICOM** в рамках инициатив по борьбе с трансграничными заболеваниями и укреплению регионального здравоохранения.

Права человека и здоровье

Хотя Конституция и законодательство Гайаны закрепляют **равенство и недискриминацию**, на практике сохраняются **пробелы в реализации права на здоровье**, особенно для:

- коренных народов,
- представителей **ЛГБТК+ сообществ**,
- людей, живущих с **ВИЧ/СПИДом**.

Гражданское общество и международные партнёры продолжают добиваться **усиления антидискриминационных мер и большей инклюзивности** в формировании государственной политики в области здравоохранения.

Проблемы и направления реформ

Система законодательства Гайаны, регулирующая вопросы здравоохранения, зависимостей и ухода, сталкивается с рядом **ключевых вызовов**:

- **Ограниченные ресурсы:** нехватка финансирования, кадров и инфраструктуры, особенно в удалённых регионах.
- **Устаревшие законы:** многие акты, особенно касающиеся психического здоровья и инвалидности, нуждаются в модернизации в соответствии с современными стандартами и принципами прав человека.
- **Стигматизация и дискриминация:** люди с психическими расстройствами или зависимостями часто сталкиваются с общественным осуждением и институциональными барьерами, что ограничивает доступ к лечению.
- **Слабая реализация и контроль:** неэффективное применение и мониторинг существующих норм снижают их действенность.
- **Пробелы в политике:** недостаточно внимания уделяется вопросам снижения вреда, репродуктивного здоровья и развитию услуг на уровне общин.

Перспективы и реформы

Законодательная система Гайаны в сфере **здравоохранения, зависимостей и ухода** остаётся **многоуровневой и гибридной**, сочетая **исторические законы** с **текущими**

реформами, формируемыми под влиянием как национальных приоритетов, так и международных обязательств.

Несмотря на значительные достижения — особенно в сфере **контроля инфекционных заболеваний и регулирования ключевых секторов здравоохранения**, — стране предстоит ещё большая работа для создания **системы, основанной на правах человека**, инклюзивной и устойчивой, которая будет эффективно обслуживать **всех жителей Гайаны**.

В ближайшие годы ожидается дальнейшее развитие законодательства, прежде всего в областях **психического здоровья, зависимости и прав людей с инвалидностью**, по мере того как Гайана укрепляет понимание **здоровья как одного из фундаментальных столпов национального развития**.

Италия

Женщины, пережившие **гендерно-обусловленное насилие** и одновременно страдающие от **психических расстройств и/или зависимостей**, часто оказываются на **периферии институциональной помощи**, сталкиваясь с фрагментированной системой, которая препятствует получению комплексной и адекватной поддержки.

Основу правовой базы составляют **Стамбульская конвенция** (Закон № 77/2013) и **«Красный кодекс» (Codice Rosso)** (Закон № 69/2019), усиливающие меры защиты жертв насилия. Однако **ни один из этих законов не предусматривает конкретных или согласованных мер** для женщин с психиатрическими диагнозами или находящихся в процессе лечения зависимостей, что создаёт **существенные пробелы в защите**.

Масштаб проблемы

По данным **ISTAT (2015)**, **31,5 % женщин** в возрасте от 16 до 70 лет сталкивались с физическим или сексуальным насилием в течение жизни. Почти в **65 % случаев насилия со стороны партнёра** жертвы сообщали о **психологических или физических последствиях**. Согласно **Парламентскому докладу 2022 года** о реализации **Закона 119/2013** (Департамент по вопросам равных возможностей — при Совете министров), значительная часть женщин, обращающихся в **антинасилственные центры**, также страдают **психическими нарушениями или зависимостями**. Однако эти состояния часто **затрудняют доступ к поддержке или мешают её продолжению**.

Основные системные проблемы

Одной из ключевых трудностей остаётся **отсутствие реальной интеграции** между социально-медицинскими службами и центрами по борьбе с насилием. Антинасилственные центры, большинство из которых управляются организациями **третьего сектора**, не всегда обладают компетенциями для работы со случаями **двойного диагноза (травма + зависимость)** и часто не имеют **устойчивого**

взаимодействия с департаментами психического здоровья или службами по работе с зависимостями (Ser.D).

Со своей стороны, **медицинские учреждения** нередко **не рассматривают насилие как ключевой клинический фактор**, влияющий на психическое состояние, и **лечат симптомы изолированно**, без учёта контекста травмы и взаимоотношений.

Стигматизация и юридические барьеры

Женщины с психическими расстройствами или зависимостями сталкиваются с **глубокой стигматизацией** в правовых и институциональных контекстах. Это **подрывает их доверие** как свидетелей в судебных процессах и **ограничивает доступ к мерам защиты**, таким как **охранные ордера** или **права опеки над детьми**.

В некоторых задокументированных случаях (**D.i.Re, 2021**) женщины **отказываются сообщать о насилии** или **начинать судебное разбирательство**, опасаясь, что их признают **ненадёжными** или **«непригодными матерями»**.

Отсутствие координации и необходимость реформ

Недостаток **единых протоколов** и отсутствие **травма-информированного и интерсекционального подходов** препятствуют оказанию эффективной и целостной помощи.

Государственная политика должна стремиться к созданию **интегрированных и междисциплинарных маршрутов поддержки**, где **антинасилственные центры, службы здравоохранения и судебная система** работают совместно, чтобы **признавать и учитывать сложность опыта** этих женщин, обеспечивая **недискриминационный доступ к помощи и правосудию**.

Аргентина

Конституционные основы и международные обязательства

Конституция Аргентины включает международные договоры о правах человека, имеющие **конституционный статус** (статья 75, пункт 22). Среди них — соглашения, обеспечивающие **защиту от насилия и злоупотреблений**, включая:

- **Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW);**
- **Конвенцию Белем-ду-Пара (Belém do Pará)** — Межамериканскую конвенцию о предупреждении, наказании и искоренении насилия в отношении женщин.

Обе конвенции являются **обязательными к исполнению** в Аргентине и служат основой национального законодательства в области защиты прав женщин.

Закон № 26.485 — Закон о всеобъемлющей защите женщин (2009)

Закон о всеобъемлющей защите, направленной на предотвращение, наказание и искоренение насилия в отношении женщин в сфере их межличностных отношений.

Он признаёт **различные формы насилия**, включая:

- физическое,
- психологическое,
- сексуальное,
- экономическое и имущественное,
- символическое насилие.

Закон направлен на **профилактику, оказание помощи пострадавшим, просвещение общества и обеспечение доступа к правосудию.**

Закон № 27.210 — Закон о всеобъемлющем сексуальном образовании (ESI)

Обязывает внедрять **всеобъемлющее сексуальное образование** во всех школах страны.

Его цели:

- предотвращение сексуальных злоупотреблений,
- формирование культуры согласия,
- предоставление детям и подросткам знаний и инструментов для **распознавания и предотвращения насилия.**

Уголовный кодекс Аргентины (Código Penal Argentino)

Содержит специальные статьи, **криминализирующие сексуальное насилие и эксплуатацию:**

- **Статья 119:** сексуальное насилие (включая изнасилование, насилие с отягчающими обстоятельствами, над несовершеннолетними и с проникновением).
- **Статья 130:** груминг (grooming) — онлайн-хищничество с сексуальными намерениями.
- **Статьи 145 bis и ter:** торговля людьми с целью сексуальной или трудовой эксплуатации.
- **Статья 80:** отягчённое убийство — включает **фемцид (femicidio)** как отдельное отягчающее обстоятельство.

Фемцид официально признан отдельной категорией убийства по гендерному признаку.

Сроки давности по делам о сексуальном насилии над несовершеннолетними **продлены или отменены.**

Закон Микаэлы (Ley Micaela, № 27.499)

Вводит **обязательное обучение** всех государственных служащих вопросам **гендерного равенства и предотвращения насилия** в отношении женщин.

Гражданское общество и движение Ni Una Menos

Движение **Ni Una Menos (Ни одной меньше)** сыграло ключевую роль в повышении общественного внимания к проблеме **фемцида и гендерного насилия**, став мощной платформой гражданского давления на государственные институты.

Дополнительные меры и особенности

- **Дети с ACEs (Adverse Childhood Experiences — негативным детским опытом)** имеют право на **бесплатную психологическую помощь** через Национальную службу здравоохранения, хотя на практике доступ к ней часто ограничен.
- **Обязательное уведомление (mandatory reporting):** учителя и медицинские работники **обязаны сообщать** о подозрениях на насилие в соответствии с **Кодексом уголовного процесса Аргентины**.
- **Местные службы защиты детей** работают в **координации со школами и больницами** для выявления и сопровождения случаев насилия.

Хотя законом предусмотрен **экстренный доступ к психиатрической помощи** для жертв насилия, на практике это **часто невозможно** из-за нехватки ресурсов и неподготовленности медицинского персонала.

Таким образом, несмотря на наличие **развитой нормативно-правовой базы и сильного гражданского движения**, Аргентина всё ещё сталкивается с **разрывом между законом и его реализацией**, особенно в вопросах **психологической поддержки и интеграции систем здравоохранения, образования и правосудия**.

Действующее лицо	Роль
Вооруженные национальные силы	Идентификация, защита, направление пострадавших
Система здравоохранения (больницы)	Медицинская, психиатрическая и психологическая помощь
Неправительственные организации	Обеспечивают приют, социальную, психологическую и юридическую поддержку
Социальные службы (местные и департаментские)	Осуществляют оценку ситуации, координацию мер помощи и последующее сопровождение случаев, взаимодействуя с учреждениями здравоохранения и правосудия.

Действующее лицо	Роль
Судебная система (суды, прокуратура)	Обеспечивает правовую защиту, рассматривает дела о насилии и применяет охранные ордера и иные меры защиты в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Международная и региональная правовая база в области психического здоровья и заботы

Конвенции и договоры ООН

- **Конвенция о правах инвалидов (CRPD), 2006**

Конвенция закрепляет право людей с инвалидностью на равный доступ к здравоохранению, включая услуги в сфере психического здоровья. В документе подчеркивается принцип недискриминации и необходимость разумных условий в медицинских учреждениях. Государства-участники обязаны обеспечивать доступность, приемлемую стоимость и культурную чувствительность таких услуг. Особое внимание уделяется развитию системы помощи в сообществе, а не изоляции людей в закрытых учреждениях.

- **Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), 1979**

Конвенция рассматривает гендерное насилие как форму дискриминации в отношении женщин. Она возлагает на государства обязанность защищать пострадавших с помощью правовых, социальных и медицинских мер. Отдельно подчеркивается важность специализированной психологической помощи женщинам, пережившим домашнее и сексуальное насилие, а также жертвам торговли людьми. Документ также призывает обучать медицинских работников распознавать последствия насилия и адекватно реагировать на травмы.

- **Всеобщая декларация прав человека (UDHR), 1948**

Этот основополагающий документ провозгласил базовые права человека, независимо от национальности, расы, пола или социального положения. Он стал основой для десятков современных международных соглашений — на его положения ссылаются более чем в семидесяти договорах. Несмотря на то что декларация не имеет обязательной юридической силы, ее принципы нашли отражение в конституциях и законах многих стран мира.

Некоторые из ключевых принципов Всеобщей декларации прав человека включают:

- **Универсальность:** права человека принадлежат каждому, в любой точке мира.
- **Неделимость:** экономические, социальные, культурные, гражданские и политические права взаимосвязаны и не могут рассматриваться отдельно.
- **Недискриминация:** права должны обеспечиваться без различий по признаку расы, пола, религии или социального статуса.

Тридцать статей Декларации охватывают широкий спектр тем — от свободы слова и равенства до права на образование и защиты от пыток. Документ вдохновил создание региональных механизмов защиты прав человека, например Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (ЕКПЧ), а также послужил основой для обязательных международных договоров, таких как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) и Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП).

- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (ICESCR), 1966

Генеральная Ассамблея ООН приняла Пакт 16 декабря 1966 года, а вступил он в силу 3 января 1976 года. В отличие от Декларации, этот документ имеет юридически обязательный характер и возлагает на государства обязанность постепенно обеспечивать реализацию закрепленных прав.

Ключевые права, закрепленные в пакте:

- Право на труд: справедливая оплата, безопасные условия и защита от безработицы.
- Право на образование: бесплатное начальное образование и равный доступ к среднему и высшему образованию.
- Право на здоровье: доступ к медицинской помощи, санитарии и экологической защите.
- Право на социальное обеспечение: поддержка уязвимых групп — детей, пожилых людей и людей с инвалидностью.

Особо подчеркивается, что право на здоровье включает и психическое здоровье, которое признается неотъемлемой частью общего благополучия. Государства обязаны обеспечивать равный доступ к медицинским услугам, включая психологическую помощь уязвимым группам населения.

- **Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по психическому здоровью**

ВОЗ разработала ряд руководств, направленных на улучшение политики, услуг и

подходов в сфере психического здоровья по всему миру. В них особое внимание уделяется доступности, приемлемой стоимости и интеграции психиатрической помощи в систему первичного здравоохранения.

План действий в области психического здоровья (2013–2020) ставил цель укрепить национальные системы поддержки психического здоровья и расширить доступ к помощи. В документе подчеркивалась необходимость включать вопросы психического здоровья в государственные стратегии здравоохранения, увеличивать финансирование программ и развивать услуги именно на уровне первичной медицинской помощи. Позднее План был продлен до 2030 года, чтобы согласовать его с Целями устойчивого развития ООН (ЦУР).

- **Рекомендации ВОЗ по поддержке пострадавших от гендерного насилия (2021)**

Этот документ содержит лучшие практики по включению психологической помощи в системы реагирования на гендерное насилие. В нем рекомендован **травма-ориентированный подход** при работе с людьми, пережившими домашнее насилие, сексуальные преступления и торговлю людьми. Кроме того, акцент сделан на необходимости строгой конфиденциальности и ориентации на потребности самих пострадавших при оказании психосоциальной поддержки.

Региональные правовая база:

- **Европейская конвенция о защите прав человека (ЕКПЧ), 1950**

Помимо прочего, Конвенция гарантирует защиту людей от дискриминации в сфере психиатрической помощи и закрепляет юридические гарантии для людей с психическими расстройствами.

- **Стамбульская конвенция (Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием), 2011**

Стамбульская конвенция рассматривает гендерное насилие как проблему общественного здравоохранения и возлагает на государства обязанность предоставлять пострадавшим психологическую поддержку. Документ требует, чтобы медицинские учреждения включали психологическую помощь в систему реагирования на случаи насилия. Кроме того, он закрепляет институциональные обязанности для полиции, больниц и социальных служб — направлять пострадавших к специалистам в области психического здоровья. Конвенция также предусматривает защитные меры, включая охранные ордера, работу приютов и программы защиты жертв.

- **Стратегии и рамочные программы ЕС в области психического здоровья**

В 2023 году Европейская комиссия представила комплексный подход к психическому здоровью, приравняв его значимость к физическому. В рамках этой инициативы был разработан План действий ЕС по психическому здоровью, который включает двадцать конкретных мер, направленных на развитие системы поддержки. Более одного миллиарда евро выделено на профилактику, раннее вмешательство и программы реинтеграции в общество.

Европейский союз также разработал дополнительные правовые гарантии и программы, обеспечивающие доступность и недискриминационный характер психиатрической помощи:

- **Европейский столп социальных прав (2017)**

Документ закрепляет психическое здоровье как одно из фундаментальных прав человека и подчеркивает необходимость равного доступа к медицинским услугам для всех граждан ЕС.

- **Программа EU4Health (2021)**

Программа направлена на финансирование исследований в области психического здоровья и разработку цифровых инструментов, а также на поддержку трансграничного сотрудничества в сфере политики здравоохранения.

- **Протокол Мапуто (2003)**

Протокол к Африканской хартии прав человека и народов о правах женщин в Африке, более известный как Протокол Мапуто, закрепляет права женщин как права человека и требует обеспечения гендерного равенства во всех сферах жизни. В документе отражены экономические, социальные, политические и репродуктивные права, а также меры противодействия гендерному насилию и юридические гарантии. Он прямо криминализует все формы насилия против женщин — от домашнего и сексуального до вредных традиционных практик, — и обязывает государства создавать правовые механизмы защиты пострадавших и обеспечения доступа к правосудию. Протокол ратифицирован 44 африканскими странами, однако уровень его реализации существенно различается.

- **Конвенция Белем-ду-Пара (1994)**

Межамериканская конвенция о предупреждении, наказании и искоренении насилия в отношении женщин, известная как Конвенция Белем-ду-Пара, была принята Организацией американских государств (ОАГ). Документ закрепляет признание гендерного насилия нарушением прав человека и обязывает государства

предотвращать, расследовать и наказывать такие преступления, а также предоставлять поддержку пострадавшим. Конвенция была ратифицирована 32 государствами региона, но, как и в случае с Протоколом Мапуто, уровень ее практического применения варьируется.



БИБЛИОГРАФИЯ



БИБЛИОГРАФИЯ:

About the Protocol | Maputo Protocol. (2003). <https://maputoprotocol.com/about-the-protocol>

Accueil - AUDe — CIDFF. (2024, September 19). Aude — CIDFF. <https://www.cidff.fr/>

Accueil - France Victimes. (n.d.). <https://www.france-victimes.fr/>

Andmevara, A. (n.d.). *Victim Support Act–Riigi teataja*.

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/509012018004/consolide>

Baddeley, A. D., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2020). *Memory* (2nd ed.). Psychology Press.

Belong. (2025a, March 7). Access to mental health services in Estonia: challenges and

solutions - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks*. <https://belong->

[events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-](https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-)

[solutions/](https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/)

Belong. (2025b, March 11). Mental health services in the Estonian Human Development

Report 2023 - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks*. <https://belong->

[events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-](https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/)

[report-2023/](https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/)

Benavente, B., Brage, L. B., Solé, J. P., & Beltrán, N. P. (2021). Risk factors for commercial

sexual exploitation of children and adolescents: results of an International Delphi

panel. *Psicothema*, 3(33), 449–455. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.480>

Biarella, L. (2019, July 26). Codice Rosso: definizione, procedura, nuovi reati e aggravanti.

Altalex. <https://www.altalex.com/documents/news/2019/07/26/codice-rosso>

- Biroli, F. (2018). Violence against Women and Reactions to Gender Equality in Politics. *Politics & Gender*, 14(4), 681–685. <https://doi.org/10.1017/s1743923x18000600>
- Bloom, S., & Farragher, B. (2013).). Restoring Sanctuary: a new operating system for trauma-informed systems of care. *Oxford University Press*.
- Brewer, J. (2017). *The Craving Mind*. Yale University Press.
- [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+\(2017\).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=l-Ab0AljdgMBka3XZdRR9hT0klc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+(2017).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=l-Ab0AljdgMBka3XZdRR9hT0klc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Brown, J. D. (2018). Media literacy and gender-based violence: Challenging harmful portrayals in digital spaces. *Journal of Media Ethics*, 33(2), 102–117.
- Brown, K. (2019). Vulnerability and child sexual exploitation: Towards an approach grounded in life experiences. *Critical Social Policy*, 39(4), 622–642.
- <https://doi.org/10.1177/0261018318824480>
- Buller, A. M., Pichon, M., McAlpine, A., Cislighi, B., Heise, L., & Meiksin, R. (2020). Systematic review of social norms, attitudes, and factual beliefs linked to the sexual exploitation of children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104471.
- <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104471>
- Coy, M., & Bragg, J. (n.d.). Desensitization to gender-based violence in media: Implications for societal attitudes and intervention policies. *Feminist Media Studies*, 20(5), 712–730.

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241.
<https://doi.org/10.2307/1229039>
- Customs Anti Narcotic Unit. (2024, July 3). *GUYANA DRUG/ NARCOTICS LAWS - Customs Anti Narcotic Unit*. Customs Anti Narcotic Unit - Integrity and Professionalism.
<https://canu.gov.gy/guyana-drug-laws/>
- Dégelih, F., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2015). Le développement cognitif et cérébral de la mémoire : de l'enfance à l'âge adulte. *Biologie Aujourd'hui*, 209(3), 249–260.
- Eesti inimarengu aruanne 2023. (2023, September 26). *Activities and services supporting mental health in Estonia: the current situation and development needs - Estonian Human Development Report 2023*. Estonian Human Development Report 2023 - Mental Health and Well-Being. <https://inimareng.ee/en/activities-and-services-supporting-mental-health-in-estonia-the-current-situation-and-development-needs/>
- Estonia's Draconian Drug Policy Violates The*. (n.d.). Docslib.
<https://docslib.org/doc/3012522/1-estonias-draconian-drug-policy-violates-the>
- Essue, B. M., Chadambuka, C., Perez-Brumer, A., Arruda-Caycho, I., Tocallino, D., Balasa, R., Namyalo, P. K., Ravanera, C., & Kaplan, S. (2025). Women's experiences of gender-based violence supports through an intersectional lens: a global scoping review. *BMJ Public Health*, 3(1), e001405. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001405>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

- Fileborn, B., & Loney-Howes, R. (n.d.). Navigating digital spaces: The role of social media activism in countering gender-based violence. *Social Movements & Media*, 15(3), 215–234.
- Franchino-Olsen, H. (2019). Vulnerabilities Relevant for Commercial Sexual exploitation of Children/Domestic Minor Sex Trafficking: A Systematic Review of Risk Factors. *Trauma Violence & Abuse*, 22(1), 99–111.
<https://doi.org/10.1177/1524838018821956>
- García-Moreno, C., Stöckl, H., & Watts, C. (n.d.). The impact of media narratives on the normalization of gender-based violence. *The Lancet Global Health*, 3(5), 254–259.
- Gazzaniga, M. S., Ovary, R., & Mangun, G. R. (2019). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (5th ed.). W. W. Norton & Company.
- Gill, R. (2007). Gender and the media: A critical analysis of power and representation. *Oxford University Press*.
- Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2025). *Report submitted by Estonia pursuant to Article 68, paragraph 1 of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (First thematic evaluation round)*.
<https://rm.coe.int/report-submitted-by-estonia-pursuant-to-article-68-paragraph-1-of-the-/1680b5db9e>
- HAS - professional. (n.d.). Haute Autorité De Santé. <https://www.has-sante.fr/>
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. *Basic Books*.
- ISTAT. (2014). LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE DENTRO E FUORI LA FAMIGLIA. In *ISTAT*.
https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf

- Jiménez, A. M., Molina, M. I. S., & García-Palma, M. B. (2014). Gender Bias in Addictions and their Treatment. An Overview from the Social Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.283>
- Kitzinger, J. (2002). Framing gender violence in media discourse: Challenges and opportunities for advocacy. *Journal of Social Policy*, 28(4), 535–557.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiology of addiction. *Academic Press*.
- Le village des addictions - Addict Aide - Le village des addictions*. (2025, July 30). Addict Aide - Le Village Des Addictions. <https://www.addictaide.fr/>
- Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.
- Lolk, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Loney-Howes, R. (2021). Victim-blaming narratives in mass media: barriers to justice and survivor empowerment. *Violence Against Women*, 27(9), 1342–1362.
- Mental health problems among Estonia's adult population*. (n.d.). INIMARENG.
<https://inimareng.ee/en/1-4-mental-health-problems-among-estonias-adult-population/>
- Mercera, G., Kooijmans, R., Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Van Amelsvoort, T. (2023). Risk and Protective Factors for Sexual exploitation in Male and Female Youth From a Cross-Cultural Perspective: A Systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 25(3), 1966–1984. <https://doi.org/10.1177/15248380231201815>
- Ministry of Health Guyana. (n.d.). National Mental Health Action Plan and National Suicide Prevention Plan for Guyana 2024-2030. In *Ministry of Health Guyana*.
<https://health.gov.gy/wp-content/uploads/2024/04/Guyana-National-Mental-Health-and-Suicide-Plan-Final.pdf>

Ministry of Health, Guyana. (2003). *National Health Plan 2003-2007*.

https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-Guyana_2003-2007.pdf

Ministry of Health of Guyana. (n.d.). *HEALTH VISION 2020 - A National Health Strategy for Guyana 2013 - 2020*.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.

OHCHR. (2003). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Organization of American States. (1994). *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women (Convention of Belém do Pará)*. <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf>

Parcours Victimes. (n.d.). *accueil*. <https://www.parcours-victimes.fr/>

Powell, A., & Henry, N. (2017). *Sexual violence in digital culture: The role of media in shaping narratives*. Routledge.

Salihu, J. (2025). *EXPLORING THE INTERSECTIONALITY OF GENDER-BASED VIOLENCE:*

UNDERSTANDING DIVERSE EXPERIENCES AND INFORMING INCLUSIVE POLICIES.

ResearchGate.

[https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_U](https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES)

[NDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES](https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES)

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.

Solidarité femmes. (2024, March 7). Solidarité Femmes. <https://www.solidaritefemmes.org/>

Stanko, E. A. (2017). Trauma-informed journalism: Ethical reporting on gender-based violence and exploitation. *Journalism Studies*, 21(1), 85–102.

Ste_Ro. (n.d.). *Pubblicazioni*. D.i.Re - Donne in Rete Contro La Violenza.

<https://www.direcontrolaviolenza.it/pubblicazioni/>

Strid, S., & Verloo, M. (2019). Intersectional complexities in gender-based violence politics.

In *Routledge eBooks* (pp. 83–100). <https://doi.org/10.4324/9780429289859-6>

The Council of Europe. (2011). *The Council of Europe Convention on Preventing and*

Combating Violence Against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention).

[https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-](https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence)

[preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence](https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence)

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights* | United Nations.

<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.

[https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

[covenant-economic-social-and-cultural-rights](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights)

United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against*

Women. [https://www.ohchr.org/en/instruments-](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it)

[mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it)

[women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it)

[%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it)

Van Der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. *Viking*.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/175672>

World Health Organization: WHO. (2019, June 19). *Gender*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1



élan interculturel



femLENS



Софинансирование
Европейского Союза

Финансируется Европейским союзом. Однако высказанные взгляды и мнения принадлежат только автору(ам) и не обязательно отражают точку зрения Европейского союза или Европейского исполнительного агентства по образованию и культуре (EACEA). Ни Европейский союз, ни EACEA не могут нести за них ответственность.