

НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЕРА СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН

Е.А. Матейкович^{1,2,3}, Е.М. Уманский¹, А.М. Сульдин¹, В.А. Жмуров¹,
И.В. Фомина^{1,3}, Е.П. Ашихмина¹, И.Ф. Топчиу¹, О.В. Братова^{1,2},
А.В. Стрельникова¹, К.Р. Хабибуллина¹

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

²ГБУЗ ТО «Родильный дом №3», г. Тюмень, Россия

³ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», г. Тюмень, Россия

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AMONG SUICIDE RISK FACTORS IN WOMEN

Е.А. Mateykovich^{1,2,3}, Е.М. Umansky¹, А.М. Suldin¹,
V.A. Zhmurov¹, I.V. Fomina^{1,3}, E.P. Ashikhmina¹, I.F. Topchiu¹,
O.V. Bratova², A.V. Strelnikova¹, K.R. Khabibullina¹

¹Tyumen State Medical University

²Maternity Hospital No. 3, Tyumen, Russia

³Perinatal Center, Tyumen, Russia

Сведения об авторах:

Матейкович Елена Александровна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5864-8031; ORCID iD: 0000-0002-2612-7339). Место работы и должность: директор Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; врач акушер-гинеколог ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Баумана, 31; ГБУЗ ТО «Перинатальный центр». Адрес: Россия, 625002, г. Тюмень, ул. Даудельная, 1/8. Электронный адрес: mateykovichea@tyumsmu.ru

Уманский Евгений Маркович – врач-психиатр (ORCID iD 0009-0006-7182-1529). Место учёбы: аспирант ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: evgenuman72@mail.ru

Сульдин Александр Михайлович – доктор медицинских наук (ORCID iD: 0000-0001-9325-5173). Место работы: профессор кафедры организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: souldine@mail.ru

Жмуров Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 9322-1117; AuthorID: 694196; ORCID iD: 0000-0002-7228-6197). Место работы и должность: заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: zhmuovva@yandex.ru

Фомина Инна Владимировна – кандидат медицинских наук (ORCID iD: 0000-0001-8053-1546). Место работы и должность: заведующая акушерским физиологическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Перинатальный центр». Адрес: Россия, 625002, г. Тюмень, ул. Даудельная, 1/8; доцент кафедры акушерства и гинекологии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: fiv-1982@mail.ru

Ашихмина Елена Петровна – кандидат медицинских наук, доцент (ORCID iD: 0000-0002-0537-5667). Место работы и должность: доцент кафедры детских болезней и поликлинической педиатрии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: ashikhminaep@tyumsmu.ru

Топчиу Инна Федоровна (ORCID iD: 0000-0002-3149-8660). Место учёбы: аспирант Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Братова Ольга Викторовна – врач акушер-гинеколог (SPIN-код: 1900-0031, AuthorID: 1248596). Место работы и должность: ассистент кафедры акушерства и гинекологии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; главный врач ГБУЗ ТО «Родильный дом №3». Адрес: Россия, г. Тюмень, Баумана, 31.

Стрельникова Алёна Вадимовна – студентка (ORCID iD: 0009-0006-8536-6256). Место учёбы: студентка Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Хабибуллина Камила Рифатовна – студентка (ORCID iD: 0009-0006-3379-7310). Место учёбы: студентка Института материнства и детства ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Суицидальное поведение женщин, несмотря на многочисленные исследования и совершенствуемые меры профилактики, остаётся одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Цель – обзор данных литературы о насилии со стороны интимного партнёра среди факторов суицидального риска у женщин. Ма-

Материал и методы: проведён поиск в базах научных данных в elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) по ключевым словам – "насилие со стороны интимного партнёра", "последствия насилия со стороны интимного партнёра", "суицидальное поведение женщин", "суицид", "суицидальная попытка", без ограничений по годам исследований на глубину. *Результаты:* насилие со стороны интимного партнёра – широко распространённый негативный социальный феномен, на который указывают до 51,7% женщин. Даже единичный случай насилия не проходит бесследно, а повторяющиеся эпизоды приводят к серьёзным негативным психологическим последствиям и психическим нарушениям, среди которых преобладает депрессия (до 49,3%), что резко (до 10,5 раз) повышает риск возникновения суицидальных мыслей и в отдельных случаях приводит к совершению попыток суицида и/или самоубийству. Потенцирующими факторами чаще является сочетание психологического и физического насилия со стороны интимного партнёра (ссоры, побои, драки). Часто суициды следуют непосредственно после подобных сцен, и как правило, совершаются в пределах своей квартиры в вечернее или ночное время. Среди способов преобладают самоотравления. В целом, имеющиеся сегодня данные позволяют достаточно хорошо описать условия формирования суицидального поведения, ассоциированного с насилием. Однако сами меры профилактики разработаны недостаточно. К наиболее важным относят: активное выявление суицидального поведения в группах риска; предоставление возможности консультативной и/или коррекционной помощи психолога, психотерапевта; последовательная социальная поддержка со стороны семей и др. лиц; предотвращение злоупотребления алкоголем и ПАВ; расширение положительных социальных контактов; ограничение доступности к средствам суицида; ограничение доступности потенциальных преступников к оружию, имеющемуся в семье или получаемого на месте работы / службы; работа с средствами массовой информации и интернет-ресурсами. *В заключении* авторы делают вывод о необходимости более глубокого изучения вопросов суицидального поведения женщин в ситуации насилия со стороны интимного партнёра с целью совершенствования программ профилактики и снижения суицидальной смертности.

Ключевые слова: насилие со стороны интимного партнёра, последствия насилия со стороны интимного партнёра, суицидальные мысли, суицидальная попытка, суицидальное поведение женщин, суицид, женщины, факторы риска суицида у женщин

Суицидальное поведение женщин, несмотря на многочисленные исследования и совершенствуемые меры профилактики, остаётся одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Согласно сводным данным ВОЗ, в глобальном масштабе среди 800 тысяч ежегодно погибающих добровольной смертью, каждый третий – женщина (соотношение М : Ж – 2 : 1). В экономически развитых странах это соотношение смещается в сторону более высокого преобладания мужчин (М : Ж – 3,5 : 1), в государствах с низким и средним уровнем доходов – в сторону женщин (М : Ж – 1,6 : 1) [1].

В Российской Федерации данные официальной статистики свидетельствуют о преобладании мужчин при достаточно стабильном соотношении в течение многих лет – М : Ж – 4,6 : 1. Однако, даже с учётом положительной динамики снижения смертности от внешних причин, число самоубийств в нашей стране значительное. В 2022 году среди 13564 зарегистрированных суицидов 2283 были совершены женщинами [2]. Это подтверждает важность исследований в области суицидального поведения среди женского контингента, идентификации специфичных факторов риска, а также поиска путей совершенствования мер превентивной работы.

Цель исследования – обзор данных литературы о насилии со стороны интимного партнёра среди факторов суицидального риска у женщин.

Материал и методы

Проведён поиск в базах научных данных в elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) по

Despite numerous studies and improved preventive measures, suicidal behavior in women remains one of the most pressing medical and social problems. According to WHO data, globally, of the 800,000 people who die a voluntary death annually, every third is a woman (M : F ratio of 2 : 1). In economically developed countries, this ratio shifts toward a higher predominance of men (M : F = 3.5 : 1), while in low- and middle-income countries, it shifts towards women (M : F = 1.6 : 1) [1].

In the Russian Federation, official statistics indicate a male predominance, with a relatively stable ratio over many years: 4.6:1 male to female. However, even taking into account the positive trend in declining mortality from external causes, the number of suicides in our country remains significant. In 2022, 2,283 of the 13,564 registered suicides were committed by women [2]. This confirms the importance of research into suicidal behavior among women, identifying specific risk factors, and finding ways to improve preventive measures.

The aim of the study was to review the literature on intimate partner violence among suicide risk factors in women.

Materials and methods

A search of scientific databases was conducted in elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) using the

ключевым словам – "насилие со стороны интимного партнёра", "последствия насилия со стороны интимного партнёра", "суицидальное поведение женщин", "суицид", "суицидальная попытка", "intimate partner violence", "consequences of intimate partner violence", "suicidal behavior of women", "suicide", "suicide attempt", без ограничений по годам исследований на глубину. Материалы, отвечающие основной теме и цели исследования, включались в работу.

Определение и терминология

Насилие со стороны интимного партнёра (НсСИП) – поведение нынешнего или прежнего интимного партнёра, причиняющее физический, сексуальный или психологический вред, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения [3].

Такое поведение может включать в себя самые разнообразные формы: 1) акты физической агрессии – удары, толчки, шлепки, пощёчины, пинки, избиение, в том числе с применением различных предметов (ремень, палка и др.), непредсказуемые нападения; 2) психологическое насилие – оскорбления, обвинения, угрозы, запугивание, унижение, высмеивание и др.; 3) принудительный половой акт и другие формы сексуального принуждения; 4) различные формы контролирующего поведения – произвольное лишение свободы в общественной или в личной жизни, включая угрозы совершения таких актов, изоляция, ограничение контакта с близкими, детьми, друзьями, контролирование действиями в повседневной, бытовой и социальной жизни, ограничение доступа к информации, финансам, помощи и др. [3, 4, 5].

Распространённость

В рамках исследования "Глобальное бремя болезней, травм и факторов риска 2023", проведённого под эгидой ВОЗ, было показано, что в 2023 году во всём мире подвергались когда-либо воздействию насилию со стороны интимного партнёра 608 миллионов женщин в возрасте 15 лет и старше. Было отмечено, что данное явление носит повсеместный характер, но с различной распространённостью в отдельных регионах и странах [6]. Так, исследование в 28 странах Европейского союза, основанное на личном интервью 40357 женщин в возрасте от 18 до 74 лет, которые проживали в стране опроса, 51,7% сообщили, что в течение своей жизни были жертвами насилия. При этом распространённость психологического насилия составила 48,5%, физического – 20,0%, сексуального – 8,4% [7]. В Германии о НсСИП в течение всей жизни сообщили 57,6% женщин. Наиболее распространённым также был психологический вариант (53,6%), на втором месте – сексуальный (18,6%) и реже, физический – 15,2% [8]. В Великобритании эти показатели варьировались от 13 до 35% [9]. Среди женщин США хотя бы раз подвергались

keywords "intimate partner violence," "consequences of intimate partner violence," "suicidal behavior of women," "suicide," "suicide attempt," "intimate partner violence," "consequences of intimate partner violence," "suicidal behavior of women," "suicide," and "suicide attempt," with no restrictions on the years of research depth. Materials that met the main topic and aim of the study were included in the work.

Definition and terminology

Intimate partner violence (IPV) – behavior of a current or former intimate partner that causes physical, sexual or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, psychological violence and various manifestations of controlling behavior [3].

Such behavior may include a wide variety of forms: 1) acts of physical aggression – punches, pushes, slaps, slaps, kicks, beatings, including the use of various objects (belt, stick, etc.), unpredictable attacks; 2) psychological violence – insults, accusations, threats, intimidation, humiliation, ridicule, etc.; 3) forced sexual intercourse and other forms of sexual coercion; 4) various forms of controlling behavior – arbitrary deprivation of liberty in public or private life, including threats to commit such acts, isolation, restriction of contact with loved ones, children, friends, control of actions in everyday, household and social life, restriction of access to information, finances, assistance, etc. [3, 4, 5].

Prevalence

The WHO-led Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2023 study found that 608 million women aged 15 years and older worldwide had experienced intimate partner violence in 2023. It was noted that this phenomenon is widespread, but with varying prevalence in individual regions and countries [6]. Thus, a study in 28 countries of the European Union, based on personal interviews with 40,357 women aged 18 to 74 years who lived in the survey country, 51.7% reported that they had been victims of violence during their lifetime. The prevalence of psychological violence reached 48.5%, physical – 20.0%, sexual – 8.4% [7]. In Germany, 57.6% of women reported IPV throughout their life. The most common type was also psychological (53.6%), followed by sexual (18.6%) and, less common, physical (15.2%) violence [8]. In the UK these indicators ranged from 13 to 35% [9]. Among US women, at least one intimate partner has experienced physical and/or sexual violence

физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнёра в течение своей жизни 35,6% женщин [10], в Новой Зеландии – от 33 до 39% [11]. Исследования, проводимые в других странах мира, также указывают на высокую частоту этих нарушений (табл. 1).

during their lifetime. lives of 35.6% of women [10], in New Zealand – from 33 to 39% [11]. Studies conducted in other countries also indicate a high frequency of these disorders (Table 1).

Таблица / Table 1

Распространённость насилия со стороны интимного партнёра в отдельных странах мира, в %
Prevalence of intimate partner violence in selected countries worldwide, in %

Страна [Автор] Country [Author]	Частота насилия в течение всей жизни Lifetime frequency of violence				Частота насилия в течение последнего года Frequency of violence in the past year			
	Всего Total	Психологическое Psychological	Физическое Physical	Сексуальное Sexual	Всего Total	Психологическое Psychological	Физическое Physical	Сексуальное Sexual
Юго-Западная Нигерия [12] Southwest Nigeria	73,2	66,1	47,5					
Германия Germany [8]	57,6	53,6	15,2	18,6				
Европейский союз European Union [7]	51,7	48,5	20,0	8,4				
Южная Корея South Korea [4]		19,8	1,4					
Бразилия Brazil [13]	50,7	18,8	16,0					
Непал Nepal [14]	48,7			48,7				
Мексика Mexico [15]				19,0				
Новая Зеландия New Zealand [11]	33-39							
США USA [10]	35,6							
Великобритания UK [9]	13-35				4,2-6			
Австралия Australia [16]	32,0							
Англия England [17]	27,2	19,6	18,7	3,7				
Тайвань Taiwan [18]	15,0		6,3	4,0	10,1			
Китай China [19]		68,0	34,0	4,0		32,0	8,0	
Гана Ghana [20]					70,0	62,0	29,0	34,0
Вьетнам Vietnam [21]					50	50	9,2	
Китай, Сычуань China, Sichuan [22]					29,0	26,5	7,6	3,2
Афганистан Afghanistan [23]					23,2		23,2	
Тайланд Thailand [24]					21,3	82,1	67,1	27,5
Бразилия Brazil [25]					7,6			
Норвегия Norway [26]								7-10

В целом, обобщая данные, приведённые в таблице, можно отметить, что частота насилия со стороны интимного партнёра в течение всей жизни среди женщин различных регионов мира составляет от 15% (Тайвань) [18] до 73,2% (Юго-Западная Нигерия) [12]. В течение последнего года, предшествующего оценке, этот показатель варьирует от 7,6% (Бразилия) [25] до 70% (Гана) [20].

Обращает внимание кратность различий показателей. Это может быть связано с культуральными и социальными факторами, наличием системы выявления, регистрации и учёта. Среди индивидуальных предикторов могут иметь значение наличие / отсутствие интимного партнёра на момент исследования, состояние замужества / развода, возраст женщины, период репродуктивной функции и др. В любом случае, учёт этих факторов важен для получения более достоверных данных, и, вероятно, эти задачи будут реализованы в последующих многоцентровых исследованиях.

Тем не менее, имеющиеся сегодня данные, позволяют достаточно чётко указать на период, резкого повышения частоты НСИП и связанные с ним риски негативных последствий, что важно учитывать при разработке стратегий превенции. Это период беременности и первый год после рождения ребёнка [27]. Для примера, исследования, проведённые в Бангладеш, показали, что если распространённость насилия со стороны интимного партнера в течение жизни составляла 5,4%, то во время беременности этот показатель увеличивается почти в два раза до 9,9% [28]. Близкие цифры приводятся исследователями из США [29], где в ходе опроса в больницах о физическом насилии со стороны своих супругов во время беременности сообщили 12,6% пациенток. На аналогичный вопрос во время беременности положительно ответили 13,6% бразильских женщин [30].

Причины столь высокого распространения насилия в период беременности могут быть различны. Среди вариантов – нежелательная беременность, ограничение уровня физической активности женщины (включая ограничительное поведение), в том числе и в интимной близости, возможное снижение материального достатка, повышение расходов и др. Высказывается также предположение, что такая статистика может быть связана и с тем, что беременные в период наблюдения получают больше медицинской помощи и чаще осматриваются различными специалистами, внимание которых могут привлечь как жалобы на случаи насилия, так и внешние признаки повреждений, что соответственно находит своё отражение в медицинской документации и результатах учёта [31].

Другим важным итогом анализа таблицы являются данные о структуре насилия. Большинство опрошенных женщин указывают на доминирование негативно-психологического воздействия, как в течение всей

Overall, summarizing the data presented in the table, it can be noted that the lifetime prevalence of intimate partner violence among women in different regions of the world ranges from 15% (Taiwan) [18] to 73.2% (South-west Nigeria) [12]. During the last year preceding the assessment, this figure ranges from 7.6% (Brazil) [25] to 70% (Ghana) [20].

The significant differences in these indicators are noteworthy. This may be due to cultural and social factors, as well as the existence of a detection, registration, and reporting system. Individual predictors may include the presence/absence of an intimate partner at the time of the study, marital/divorced status, the woman's age, the period of reproductive function, and others. In any case, considering these factors is important for obtaining more reliable data, and these objectives will likely be addressed in future multicenter studies.

Nevertheless, the data available today allow us to quite clearly identify a period of sharp increase in the incidence of IPV and the associated risks of negative consequences, which is important to consider when developing prevention strategies. This period is pregnancy and the first year after birth [27]. For example, studies conducted in Bangladesh have shown that while the prevalence of intimate partner violence during life was 5.4%, during pregnancy this figure almost doubles to 9.9% [28]. Similar figures are provided by researchers from the USA [29], where 12.6% of patients in a hospital survey reported physical violence by their spouses during pregnancy. A similar question during pregnancy was answered positively by 13.6% of Brazilian women [30].

The reasons for such a high prevalence of violence during pregnancy may be varied. These include unwanted pregnancy, restrictions on the woman's level of physical activity (including restrictive behavior), including intimate relationships, a possible decrease in financial well-being, increased expenses, etc. It has also been suggested that such statistics may be related to the fact that pregnant women receive more medical care during the observation period and are examined more frequently by various specialists, whose attention may be drawn to both complaints of violence and external signs of injury, which is accordingly reflected in medical records and registration results [31].

Another important result of the table analysis is the data on the structure of violence. The majority of women surveyed indicate a predominance of negative psychological impact, both throughout their lives (up to

жизни (до 68% [19]), так и в период последних 12 месяцев (до 70% [20]). Можно с определённой долей уверенности предполагать, что эти показатели могут быть значительно выше, так как не все при заполнении анкеты сообщают о реальном состоянии отношений с партнёром [32]. Женщины могут относиться к насилию фаталистически или бояться потерять поддержку для своих детей и самих себя, если их мужа / партнёры будут привлечены к ответственности и/или находиться под стражей [31]. С другой стороны, при отсутствии свидетелей или других невольных участников, подтвердить факт реального психологического насилия, даже продолжающегося или длительно присутствующего не всегда просто. Нередко достаточно сложными для регистрации могут быть и заявляемые формы психологического насилия, например, такие как – "поставлена в неловкое положение на публике" [12]. Учитывая эти факты медицинским работникам при заявлении женщин о НСИП, сделанные собственными словами, рекомендуется уточнять и беспристрастно тщательно и чётко вносить в медицинскую документацию для последующего разбора [33].

Более подробный опрос, дополненный осмотром и физикальным обследованием, может указать и на наличие физического насилия, частота которого в разных странах составляет до 20% в течение всей жизни (Европейский союз [7]) и до 67,1% (Тайланд [24]) в предыдущий исследованию год. При этом некоторыми авторами указывается на увеличение числа регистрируемых случаев жестокого обращения с женщинами [34].

Сексуальное насилие также распространено. Более значительные цифры приходятся на страны Южной, Юго-Восточной Азии и Африки (Табл. 1). Например, в Непале примерно три четверти (74%) молодых женщин назвали "секс против своего желания" сексуальным насилием в браке. 62% респонденток указывали на "секс по принуждению во время болезни" и "секс по принуждению после употребления алкоголя". Около половины молодых женщин (48,7%), принявших участие в опросе, сообщили, что сталкивались с сексуальным насилием среди молодых пар в их стране [14].

При аналогичных опросах в Мексика 19% женщин сообщили, что, хотя бы раз в жизни подвергались сексуальному насилию в контексте интимных отношений, 11% были изнасилованы и 5% были вынуждены прикасаться к половым органам другого человека против их воли. Как и в предыдущем исследовании была обнаружена связь между некоторыми формами сексуального насилия и употреблением психоактивных веществ [15].

Отдельной формой нередко выделяют экономическое насилие, которое, как правило, проявляется на фоне или как элемент психологического воздействия. При опросах по крайней мере об одной форме экономического насилия со стороны интимного партнёра указывают до 23% женщин. Среди проявлений – отказ

68% [19]) and in the last 12 months (up to 70% [20]). It can be assumed with a certain degree of certainty that these figures may be significantly higher, since not everyone reports the actual state of their relationship with their partner when filling out the questionnaire [32]. Women may have a fatalistic attitude towards violence or fear losing support for their children and themselves if their husbands/partners are held accountable and/or placed in custody [31]. On the other hand, in the absence of witnesses or other involuntary participants, confirming the fact of actual psychological violence, even ongoing or long-term, is not always easy. The declared forms of psychological violence, such as "embarrassed in public" [12], can often be quite difficult to register. Taking these facts into account, when women make statements about IPV in their own words, it is recommended that health workers clarify these statements and impartially, carefully and clearly enter them into the medical documentation for subsequent analysis [33].

A more detailed survey, supplemented by an examination and physical examination, may also indicate the presence of physical violence, the frequency of which in different countries is up to 20% throughout life (European Union [7]) and up to 67.1% (Thailand [24]) in the previous year of the study. At the same time, some authors indicate an increase in the number of registered cases of cruelty to women [34].

Sexual violence is also common. Higher rates are found in countries in South and Southeast Asia and Africa (Table 1). For example, in Nepal, approximately three-quarters (74%) of young women cited "unwilling sex" as sexual violence in marriage. 62% of respondents cited "forced sex during illness" and "forced sex after drinking alcohol." About half of the young women (48.7%) surveyed reported experiencing sexual violence among young couples in their country [14].

In similar surveys in Mexico, 19% of women reported experiencing sexual violence in the context of an intimate relationship at least once in their lives, 11% had been raped, and 5% had been forced to touch another person's genitals against their will. As in the previous study, a link was found between some forms of sexual violence and substance use [15].

Economic violence is often identified as a separate form, typically occurring against the backdrop of or as part of psychological abuse. In surveys, up to 23% of women report experiencing at least one form of economic violence from an intimate partner. These in-

в праве собственности (10%), недоверие к тратам денег (8%), присвоение имущества (7%) и др. О подобных формах насилия чаще сообщают овдовевшие, живущие отдельно или разведённые женщины, чем замужние, а также когда их партнёры имеют пристрастие к алкоголю или наркотикам. Вероятность сообщения об экономическом насилии резко повышается если женщины пострадали эмоционально (OR 6,3; 95% ДИ 5,0-7,9), физически (OR 1,9; 95% ДИ 1,4-2,6) или имело место сексуальное домогательство (OR 5,4; 95% ДИ 3,6-8,1) в предыдущие 12 месяцев [35].

Часто различные формы насилия сочетаются, что усиливает общий травмирующий эффект и тяжесть последствий. Нередко это создаёт определённые сложности для дифференциации и правильной квалификации формы насилия, их учёта и регистрации, что может влиять на статистические показатели.

В Российской Федерации распространённость НсСИП точно не известна, что связано с отсутствием категории учёта. Чаще эти формы нарушений рассматриваются в рамках домашнего или бытового насилия. Согласно социологическим опросам 61% россиян считает домашнее насилие серьёзной социальной проблемой [36]. При этом, по мнению половины участников опроса (49%), чаще всего женщинам в России приходится сталкиваться с отдельными формами психологического насилия, такими как неприличные комментарии, ремарки и грубые шутки (64% среди 18–24-летних). Треть респондентов (32%) утверждают, что женщины в нашей стране нередко сталкиваются с физическим насилием несексуального характера, а угрозу стать жертвой насилия в семье видят 49% женщин [Цит. по 37].

Официальная статистика приводит лишь данные о численности лиц, пострадавших от преступлений, сопряжённых с насильственными действиями в отношении члена семьи, по которым можно косвенно судить не столько о распространённости насильственных действий, сколько о частоте обращаемости женщин за медицинской помощью и правоохранительные органы. Так, в России в 2021 г. число пострадавших от преступлений, сопряжённых с насильственными действиями в отношении члена семьи (женщины), составила 26,7 тысяч. Всего в отношении женщин было совершено 109,6 тыс. преступлений, из них насильственных действий сексуального характера – 4,3 тыс., изнасилований – 2,3 тыс., действий развратного характера – 2,0 тыс. [38]. Таким образом, приводимые цифры указывают на важность более глубокой разработки данной темы, и определённые меры, особенно в рамках совершенствования правовой системы, уже исполняются и внедряются в практическую деятельность [39, 40, 41].

Выявление и диагностика

Несмотря на высокую распространённость, выявление фактов насилия со стороны интимного партнёра

include denial of property rights (10%), mistrust of spending money (8%), misappropriation of property (7%), and others. Widowed, separated, or divorced women report these forms of violence more often than married women, as do women whose partners are addicted to alcohol or drugs. The odds of reporting economic violence increased sharply if women had been harmed emotionally (OR 6.3; 95% CI 5.0–7.9), physically (OR 1.9; 95% CI 1.4–2.6), or sexually (OR 5.4; 95% CI 3.6–8.1) in the previous 12 months [35].

Various forms of violence often coexist, increasing the overall traumatic effect and severity of consequences. This often creates difficulties in differentiating and correctly classifying forms of violence, as well as recording and registering them, which can impact statistical data.

In the Russian Federation, the prevalence of IPV is unknown due to the lack of a specific category. These forms of violations are most often considered within the context of domestic or social violence. According to sociological surveys, 61% of Russians consider domestic violence a serious social problem [36]. Moreover, according to half of survey participants (49%), women in Russia most often encounter certain forms of psychological violence, such as inappropriate comments, remarks, and crude jokes (64% among 18-24-year-olds). A third of respondents (32%) claim that women in our country frequently experience non-sexual physical violence, and 49% of women perceive the threat of becoming a victim of domestic violence [Cited from 37].

Official statistics only provide data on the number of persons affected by crimes involving violence against a family member, which can be used to indirectly judge not so much the prevalence of violent acts, but rather the frequency with which women seek medical help and law enforcement assistance. Thus, in Russia in 2021, the number of victims of crimes involving violence against a family member (women) was 26.7 thousand. A total of 109.6 thousand crimes were committed against women, of which 4.3 thousand were violent sexual acts, 2.3 thousand were rapes, and 2.0 thousand were acts of an indecent nature [38]. Thus, the figures cited indicate the importance of a more in-depth study of this topic, and certain measures, especially in the context of improving the legal system, are already being implemented and introduced into practical activities [39, 40, 41].

Detection and diagnosis

Despite its high prevalence, identifying cases of intimate partner violence is not al-

не всегда просто. Не все женщины готовы заявить о наличии той или иной формы НсСИП, и даже при внешне очевидных признаках могут их отрицать, объясняя случайностью или другими причинами [31]. В основе большинства подобных случаев – страх негативных последствий для себя или детей от действий партнёра в будущем, боязнь стигматизации окружающими, и/или надежда на улучшение отношений. Понимание душевного состояния этих женщин может помочь понять, почему им трудно покинуть травмирующее их окружение и почему они могут прибегнуть к самоубийству или убийству [5].

В зависимости от тяжести повреждений от 13 до 58% пострадавших обращаются за медицинской помощью [21, 25], поэтому медицинским работникам необходимо обращать внимание на имеющиеся последствия недавних (синяки, ссадины, ожоги, порезы и др.) или прошлых (рубцы, плохо заживающие раны, парезы и др.) повреждений и выяснять их причину. При часто присутствующей в подобных ситуациях сдержанности женщин в описании следов повреждений провести различие между случайными и намеренными повреждениями сложно. За некоторыми из них могут скрываться не только несчастные случаи, но и попытки убийства и самоубийства. Поэтому при наличии признаков насилия, но отказе женщины в заявлении об их преднамеренной этиологии со стороны партнёра, медицинские работники должны решить правовую дилемму правоприменения исходя из условий ситуации каждой конкретной пациентки [31, 32].

Другим аспектом проблемы могут быть заявления женщин о фактах насилия, но произошедшего при отсутствии свидетелей и каких-либо признаков внешних повреждений (последствий). Это могут быть указания на психологическое воздействие и физическое насилие, следы которого отсутствуют по причине незначительного травмирования (например, пощёчина [12]) или состоявшегося заживления. Для решения подобных задач необходим более глубокий опрос предполагаемой пострадавшей, в отдельных случаях привлечение профильных специалистов и проведение соответствующих экспертиз.

Учитывая, что психологическое негативное воздействие является наиболее распространённой формой насилия, для его выявления предлагается использование Шкалы психологического насилия со стороны интимного партнёра (The Scale of Psychological Abuse in Intimate Partner Violence) [42]. При положительных результатах также рекомендуется дополнительный опрос и при необходимости – осмотр женщины. В случае выявления признаков, подпадающих под действие статей уголовного кодекса, рекомендовано информирование правоохранительных органов.

Риск повергнуться насилию

Данные исследований позволяют выделить ключе-

ways easy. Not all women are willing to report any form of IPV, and even when symptoms are outwardly obvious, they may deny them, attributing them to accidents or other reasons [31]. Most such cases stem from a fear of negative consequences for themselves or their children from their partner's actions in the future, fear of stigmatization by others, and/or hope for an improvement in the relationship. Understanding the mental state of these women can help us understand why they find it difficult to leave a traumatic environment and why they may resort to suicide or murder [5].

Depending on the severity of the injuries, between 13% and 58% of victims seek medical attention [21, 25], so healthcare professionals must pay attention to the existing consequences of recent (bruises, abrasions, burns, cuts, etc.) or past (scars, poorly healing wounds, paresis, etc.) injuries and determine their cause. Given women's reticence in describing the signs of injury, which is often present in such situations, it is difficult to distinguish between accidental and intentional injuries. Some of these injuries may conceal not only accidents but also attempted murder and suicide. Therefore, if signs of violence are present, but the woman refuses to report their intentional etiology on the part of her partner, healthcare professionals must resolve the legal dilemma of law enforcement based on the circumstances of each individual patient [31, 32].

Another aspect of the problem may be women's allegations of violence, but these occurred in the absence of witnesses and any signs of external injuries (consequences). These may include indications of psychological pressure and physical violence, the traces of which are absent due to minor trauma (e.g., a slap [12]) or the healing process. Resolving such issues requires a more in-depth interview with the alleged victim, in some cases involving specialized specialists and conducting appropriate examinations.

Given that psychological harm is the most common form of violence, the use of the Intimate Partner Violence Scale (The Scale of Psychological Abuse in Intimate Partner Violence) [42] is recommended for its identification. If the results are positive, additional questioning and, if necessary, examination of the woman are also recommended. If signs that fall under criminal law are identified, reporting them to law enforcement is recommended.

Risk of violence

Research data allows us to identify key risk factors for experiencing intimate partner

вые факторы риска подвергнуться насилию со стороны интимного партнёра:

- возраст женщины 16-39 лет или пожилой возраст [8, 22, 24, 25];
- низкий уровень образования (чаще ниже среднего) [22];
- проживание в одиночестве, состояние развода, смерть супруга [25];
- отсутствие постоянного интимного партнёра [25];
- отсутствие постоянной работы / безработица [8];
- низкий уровень доходов и финансового обеспечение семьи / бедность [8, 22, 25];
- наличие ВИЧ [43];
- ограниченные возможности (инвалидность) [44];
- психические расстройства у женщины [25];
- бездетность женщины [7];
- брак по принуждению [45];
- проживание в семье мужа с его близкими родственниками;
- подверженность насилию в семье в детстве [46];
- контролирующее поведение партнёра [46];
- проявление насилия партнёром в других отношениях [7];
- потребление алкоголя и ПАВ женщиной и/или партнёром [46];
- безработица партнёра, его длительное пребывание в доме [7].

К факторам риска могут быть отнесены и внешние условия, такие как, например, пандемия COVID-19, в период которой число случаев насилия со стороны интимного партнёра значительно возросло во всём мире, что нанесло серьёзный ущерб психическому здоровью женщин. Опросы (2020-2021 гг.) обнаружили высокую частоту НсСИП (33,3%), депрессии (36,1%) и суицидальных мыслей (19,8%) у женщин. В период пандемии случаи насилия были достоверно связаны с депрессией ($PR=1,502$, $p=0,001$ для одного типа насилия; $PR=2,702$, $p<0,001$ для двух или трёх типов) и с суицидальными мыслями ($PR=2,264$, $p<0,001$ для одного типа НсСИП; $PR=3,272$, $p<0,001$ для двух или трёх типов) [47].

Отдельную группу риска составляют учащиеся и студенты, среди которых отмеченные выше факторы мало значимы или отсутствуют. Тем не менее, по данным отдельных исследований в США о фактах физического насилия на свиданиях указали 10,3% девушек-подростков [48], а также 4,8% студентов университетов [49]. Эти девушки чаще сообщали о чувстве грусти / безнадёжности ($OR=1,42$), чаще думали о самоубийстве ($OR=1,55$), участвовали в драках ($OR=2,17$), недавно имели сексуальных партнёров ($OR=2,10$) и/или незащищённый половой акт ($OR=1,70$) [48].

Последствия

НсСИП имеет краткосрочные и долгосрочные негативные последствия для психического и физиче-

violence:

- the woman's age is 16-39 years or old age [8, 22, 24, 25];
- low level of education (usually below average) [22];
- living alone, divorced, death of spouse [25];
- absence of a permanent intimate partner [25];
- lack of permanent work/unemployment [8];
- low level of income and financial security of the family/poverty [8, 22, 25];
- presence of HIV [43];
- limited abilities (disability) [44];
- mental disorders in women [25];
- childlessness of a woman [7];
- forced marriage [45];
- living in the husband's family with his close relatives;
- exposure to domestic violence in childhood [46];
- controlling behavior of the partner [46];
- manifestation of violence by a partner in other relationships [7];
- consumption of alcohol and psychoactive substances by a woman and/or partner [46];
- partner's unemployment, his long stay in the house [7].

Risk factors may also include external conditions, such as the COVID-19 pandemic, during which the incidence of intimate partner violence has increased significantly worldwide, causing serious damage to women's mental health. Surveys (2020-2021) found a high frequency of NSSI (33.3%), depression (36.1%), and suicidal ideation (19.8%) in women. During the pandemic, incidents of violence were significantly associated with depression ($OR=1.502$, $p=0.001$ for one type of violence; $OR=2.702$, $p<0.001$ for two or three types) and suicidal ideation ($OR=2.264$, $p<0.001$ for one type of NSSI; $OR=3.272$, $p<0.001$ for two or three types) [47].

A separate risk group consists of school-children and students, among whom the above-mentioned factors are of little significance or absent. Nevertheless, according to separate studies in the USA, 10.3% of teenage girls [48], as well as 4.8% of university students [49] reported instances of physical violence on dates. These girls more often reported feelings of sadness/hopelessness ($OR=1.42$), more often thought about suicide ($OR=1.55$), participated in fights ($OR=2.17$), recently had sexual partners ($OR=2.10$) and/or unprotected sex ($OR=1.70$) [48].

ского здоровья женщины, которые часто приводят к снижению качества жизни [20, 50]. Особое внимание важно обращать на беременных женщин. Жестокое обращение в этот период может приводить к заболеваниям, передающимся половым путём, анемии, кровотечениям в первом и втором триместрах, неоптимальной прибавке в весе, неблагоприятным перинатальным исходам (низкий вес при рождении, выкидыш и дистресс плода), материнской или младенческой смертности [12, 50]. Исследования, проведённые в Армении, показали, что у женщин, которые когда-либо подвергались сексуальному насилию, вероятность прерывания беременности была примерно в 10 раз выше. Большую роль в этом играли мужья, чей супружеский контроль, повышал вероятность прерывания беременности на 26% [51].

При более неблагоприятном развитии событий, насилие со стороны партнёра приводит к убийству. Во всём мире доля подобных причин гибели женщин составляет 38% [52]. В США этот показатель в целом ниже – в 2010 году от насилия интимного партнёра погибло 1295 человек – 10% всех убийств за этот год [53], в 2015-2019 гг. этот показатель снизился до 7,1% [54]. Однако в перинатальной группе женщин США доля убийств партнёром также высока – 39,9% [55], и в относительных показателях составляет 1,7 на 100000 родов [29]. При этом, как и в большинстве совершаемых убийств в стране, основным источником наносимых травм является огнестрельное оружие (в 63,4% случаев) [55].

Для сравнения, в Португалии насилие со стороны интимного партнёра являлось причиной убийств у 60,8% всех вскрытых женщин, а показатель женской смертности от НсСИП – 0,44 на 100000 женщин. Типичной португальской жертвой оказалась молодая взрослая женщина, работавшая по найму, убитая нынешним мужем, состоявшим в длительных отношениях, обычно имевшая общих детей и ранее перенесшая насилие. Типичный португальский преступник, убивший женщину, был старше жертвы, работал, владел огнестрельным оружием и не имел судимостей. На момент смертельного исхода 59,7% отношений были продолжительными. В 57,9% случаев женщины, вступавшие в прежние отношения, были убиты в течение первого года после их прекращения. Почти половина преступников впоследствии пытались покончить с собой или совершали самоубийство. Большинство женщин, как и в США, погибли в результате огнестрельных ранений (45,2%), особенно в грудную клетку (48,4%), с множественными смертельными травмами [56].

Убийства чаще совершаются без предварительного планирования, после конфликтов нередко на фоне подозрений в супружеской неверности, сексуальной ревности, а также при угрозе отчуждения, развода или раздельного проживания со стороны интимной партнерши

Consequences

IPV has short-term and long-term negative consequences for women's mental and physical health, which often lead to a decrease in quality of life [20, 50]. Particular attention should be paid to pregnant women. Abuse during this period can lead to sexually transmitted diseases, anemia, bleeding in the first and second trimesters, suboptimal weight gain, adverse perinatal outcomes (low birth weight, miscarriage, and fetal distress), and maternal or infant mortality [12, 50]. Studies conducted in Armenia have shown that women who have ever been subjected to sexual violence were approximately 10 times more likely to have a miscarriage. Husbands played a significant role in this, with spousal control increasing the likelihood of miscarriage by 26% [51].

In a more unfavorable scenario, partner violence leads to homicide. Worldwide, the share of such causes of death among women is 38% [52]. In the United States, this figure is generally lower: in 2010, 1,295 people died from intimate partner violence – 10% of all homicides for that year [53], in 2015-2019 this figure decreased to 7.1% [54]. However, in the perinatal group of women in the United States, the proportion of partner homicides is also high – 39.9% [55], and in relative terms is 1.7 per 100,000 births [29]. Moreover, as in the majority of homicides committed in the country, the main source of injuries is firearms (in 63.4% of cases) [55].

By comparison, in Portugal, intimate partner violence was the cause of homicide in 60.8% of all women autopsied, and the female mortality rate from intimate partner violence was 0.44 per 100,000 women. The typical Portuguese victim was a young adult employed woman killed by her current husband in a long-term relationship, usually with children, and with a history of violence. The typical Portuguese perpetrator was older than the victim, employed, owned a firearm, and had no criminal record. At the time of death, 59.7% of the relationships were long-term. In 57.9% of cases, women in previous relationships were killed within the first year after their relationship ended. Almost half of the perpetrators subsequently attempted or committed suicide. Most women, as in the US, died from gunshot wounds (45.2%), particularly to the chest (48.4%), with multiple fatal injuries [56].

Murders are often committed without prior planning, after conflicts, often against the background of suspicions of marital infidelity, sexual jealousy, as well as under the threat of alienation, divorce or separation from

[57].

При оценке обстоятельств подобных трагедий, показано, что в большинстве случаев, убийство женщины происходит вечером, в доме жертвы, когда преступник находится в состоянии алкогольного опьянения. Перед этим в течение длительного времени страдает от депрессивных симптомов и суицидальных мыслей [58].

Наличие суицидальных идей и психической патологии у агрессора, судя по всему, является одним из значимых факторов при совершении убийства женщины, с которой преступник находится в интимных отношениях [58]. Исследования, проведённые в Швеции, показали, что уровень самоубийств среди лиц, совершивших супружеские убийства, был в четыре раза выше (24%) по сравнению с лицами, совершившими их в отношении других лиц (6%, $\chi^2=55,42$, $df=1$, $p<0,001$). В 79% случаев лица, совершившие супружеские убийства, проходили судебно-психиатрическую экспертизу. Всем, за исключением 5%, был поставлен по крайней мере один психиатрический диагноз, а 34% были приговорены к судебно-психиатрическому лечению. Лишь 4% агрессоров соответствовали диагностическим критериям психопатии [59]. Близкие цифры приводятся в французском исследовании [58], где было показано, что преступники, совершившие убийство женщины профессионально активны, в большинстве своём заняты физическим трудом. Многие из них (69%) состояли на учёте у психиатра, а каждый третий (31%) ранее привлекался к уголовной ответственности (31%).

Общими для мужчин, совершавших насилие над женщинами, с которыми находились в интимных отношениях были: отсутствие работы, длительное присутствие в доме, принадлежность к более низкой социально-экономической группе, низкий уровень образования, факты насилия в отношении других лиц, а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами [7, 29].

В целом, проводимые исследования, указывают на то, что для снижения числа таких смертельных исходов основополагающее значение имеют выявление предшествующего НсСИП, предотвращение злоупотребления алкоголем, ограничение к доступу оружия и лечение психической патологии у потенциального преступника [56, 59].

Последствия НсСИП для психического здоровья

Даже единичный случай насилия не проходит бесследно, а повторяющиеся эпизоды приводят к серьёзным негативным психологическим последствиям и психическим нарушениям [12, 25, 60].

Считается, что насилие совершается домашним партнёром для сохранения власти и контроля в отношениях. Для установления контроля насильник часто использует "тактику промывания мозгов", аналогичную тем, которые применяются к военнопленным, заложникам или членам культа. К типичным проявлениям

an intimate partner [57].

An assessment of the circumstances of such tragedies has shown that, in most cases, the murder of a woman occurs in the evening, in the victim's home, when the perpetrator is intoxicated. Prior to this, the perpetrator has suffered from depressive symptoms and suicidal thoughts for a long time [58].

The presence of suicidal ideation and mental pathology in the aggressor appears to be a significant factor in the murder of a woman with whom the perpetrator is in an intimate relationship [58]. Research conducted in Sweden showed that the suicide rate among those who committed spousal murder was four times higher (24%) than among those who committed murder against other people (6%, $\chi^2=55,42$, $df=1$, $p<0,001$). In 79% of cases, those who committed spousal murder underwent forensic psychiatric examination. All but 5% had been given at least one psychiatric diagnosis, and 34% were sentenced to forensic psychiatric treatment. Only 4% of the aggressors met the diagnostic criteria for psychopathy [59]. Similar figures are cited in a French study [58], which showed that criminals who committed the murder of women were professionally active, most of them engaged in physical labor. Many of them (69%) were registered with a psychiatrist, and one in three (31%) had previously been convicted of a criminal offense (31%).

Common characteristics of men who committed violence against women with whom they had intimate relationships were: lack of employment, prolonged presence in the home, belonging to a lower socioeconomic group, low level of education, facts of violence against others, as well as alcohol and substance abuse [7, 29].

Overall, the research suggests that identifying prior IPV, preventing alcohol abuse, restricting access to weapons, and treating mental health issues in potential offenders are fundamental to reducing the incidence of such fatalities [56, 59].

The mental health consequences of IPV

Even a single instance of violence does not pass without a trace, and repeated episodes lead to serious negative psychological consequences and mental disorders [12, 25, 60].

Domestic partner violence is believed to be perpetrated by a domestic partner to maintain power and control in the relationship. To establish control, the abuser often uses "brainwashing tactics" similar to those used on prisoners of war, hostages, or cult members. Typical manifestations of "brainwashing" include isolation, humiliation, accusa-

"промывания мозгов" относятся изоляция, унижение, обвинения и непредсказуемые нападения. Обстановка насилия порождает реальный и ожидаемый страх, который укрепляет веру пострадавшей женщины в то, что её положение безнадежно и что она должна зависеть от своего обидчика [5].

С целью избежать повторения случаев насилия женщины часто разрабатывают и пытаются использовать различные стратегии совладания со своим гнетущим окружением, включая "попытки убедить мужа / партнёра", "спать в отдельной комнате", "уехать в гости к родителям", "будить детей", "использовать такие предлоги, как болезнь или менструация". Однако в большинстве случаев эти стратегии безуспешны [14], и у многих в конце концов проявляются симптомы "усталости от побоев", похожие на боевую усталость солдат в бою, которые, подобно избитым женщинам, живут в страхе быть тяжело ранеными или убитыми [5].

При опросе, пострадавшие, заявляя о НсСИП, чаще указывают на беспокойство, тревогу, отсутствие интереса / удовольствия, чувство неудачи, нарушения сна, проблемы с питанием, нередко страх перед партнёром [20, 25]. На этом фоне возможный срыв адаптивных стратегий приводит к развитию более серьёзных психопатологической симптоматики, выявляемой у каждой второй женщины, сообщившей о любом виде насилия [13]. Среди наиболее неблагоприятных – клинически оформленная депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, суицидальная активность, нарушение пищевого поведения и др. [33, 61, 62]. Показано, что при каждом увеличении показателя депрессии на 1 единицу вероятность подвергнуться жестокому обращению увеличивается на 14,9%, при каждом увеличении показателя ПТСР на 1 единицу вероятность подвергнуться жестокому обращению увеличивается на 105,7% [61]. Значимой также является вероятность начала или увеличения потребления алкоголя и/или психоактивных веществ. По данным отдельных исследований у женщин, сообщивших о более чем одном сексуальном насилии, риск потребления ПАВ увеличен в 3,5 раза (95% ДИ 0,9-13,4) [63].

В общей массе эмоциональных нарушений у этих женщин преобладает депрессия (до 49,3%) [64]. Риск её развития возрастает от 2,0 до 4,5 раз [21, 27], особенно значимо – у беременных с пожизненным НсСИП в анамнезе (до 68,4%), при умеренном риске у женщин, перенесших насилие во время беременности (42,9%) [28]. В целом, распространённость антенатальной депрессии у этих пациенток может достигать 65%, послеродовой – до 35% [65].

Согласно результатам многоцентрового исследования, проведённого под эгидой ВОЗ в десяти странах, женщины, которые хотя бы раз в жизни перенесли насилие со стороны партнёра, сообщали о значительно

tions, and unpredictable attacks. The violent environment generates real and expected fear, which reinforces the abused woman's belief that her situation is hopeless and that she must depend on her abuser [5].

In order to avoid recurrence of violence, women often develop and attempt various strategies to cope with their oppressive environment, including "trying to persuade their husband/partner," "sleeping in a separate room," "going to visit their parents," "waking up the children," and "using excuses such as illness or menstruation." However, in most cases, these strategies are unsuccessful [14], and many eventually develop symptoms of "battery fatigue," similar to the battle fatigue experienced by soldiers in combat who, like battered women, live in fear of being seriously wounded or killed [5].

When interviewed, victims reporting IPV most often indicate anxiety, worry, lack of interest/pleasure, a sense of failure, sleep disturbances, eating problems, and often fear of their partner [20, 25]. Against this background, a possible breakdown of adaptive strategies leads to the development of more serious psychopathological symptoms, detected in every second woman who reported any type of violence [13]. Among the most unfavorable are clinically formal depression, post-traumatic stress disorder, suicidal activity, eating disorders, etc. [33, 61, 62]. It has been shown that for every 1 unit increase in the depression score, the likelihood of being subjected to abuse increases by 14.9%, and for every 1 unit increase in the PTSD score, the likelihood of being subjected to abuse increases by 105.7% [61]. The likelihood of starting or increasing the consumption of alcohol and/or psychoactive substances is also significant. According to individual studies, women who reported more than one sexual assault had a 3.5-fold increased risk of substance use (95% CI 0.9–13.4) [63].

In the overall number of emotional disorders in these women, depression predominates (up to 49.3%) [64]. The risk of its development increases from 2.0 to 4.5 times [21, 27], especially significantly in pregnant women with a lifelong history of IPV (up to 68.4%), with a moderate risk in women who experienced violence during pregnancy (42.9%) [28]. In general, the prevalence of antenatal depression in these patients can reach 65%, postpartum – up to 35% [65].

According to the results of a multicenter study conducted under the auspices of the WHO in ten countries, women who had experienced partner violence at least once in their lives reported a significantly higher number of

большем количестве эмоциональных расстройств, мыслей о самоубийстве (2,9 [2,7-3,2]) и попыток суицида (3,8 [3,3-4,5]) [66]. У этих женщин более чем в 2 раза ($OR=2,15-2,66$) также увеличивается вероятность развития посттравматического стрессового расстройства [27], и данные нарушения в целом могут выступать опосредующим фактором влияния НсСИП на суицидальное поведение [67].

Суицидальное поведение

Высокий риск развития суицидального поведения доказана во многих исследованиях, проводимых в различных странах мира, с разными социально-экономическими условиями, культуральными и религиозными основами общества (табл. 2).

Можно отметить, что риск возникновения суицидальных мыслей у женщин, подвергшихся насилию, варьирует в достаточно широких пределах, от 1,4 [69] до 10,5 [20], а частота подобных форм девиантного поведения может достигать 7,8-9,5%, особенно в группе перинатального наблюдения [68, 70, 73].

Риск повышения суицидальной активности тесно связан с характером насильственных действий. Так, исследования, проведённые в Северной Гане, показали, что на первом месте по субъективной значимости имеет психологическое насилие, наличие которого повышает вероятность формирования суицидальных мыслей 10,5 раза. На втором месте физическое насилие – в 3,94 раза, а сексуальное насилие повышало риск лишь в 2,21 раза [20]. Данные научных изысканий подобной тематики, выполненные в других странах, в большинстве случаев подтверждают ведущую роль психологических форм агрессивного поведения интимных партнёров в развитии суицидальной настроенности у женщин [24, 74].

emotional disorders, suicidal thoughts (2.9 [2.7-3.2]) and suicide attempts (3.8 [3.3-4.5]) [66]. These women also have a more than 2-fold ($OR=2.15-2.66$) increased likelihood of developing post-traumatic stress disorder [27], and these disorders as a whole may act as a mediating factor in the influence of IPV on suicidal behavior [67].

Suicidal behavior

A high risk of developing suicidal behavior has been proven in many studies conducted in various countries around the world, with different socio-economic conditions, cultural and religious foundations of society (Table 2).

It can be noted that the risk of developing suicidal thoughts in women who have been subjected to violence varies within a fairly wide range, from 1.4 [69] to 10.5 [20], and the frequency of such forms of deviant behavior can reach 7.8-9.5%, especially in the perinatal observation group [68, 70, 73].

The risk of increased suicidal activity is closely linked to the nature of violent acts. For example, studies conducted in Northern Ghana showed that psychological violence ranks first in subjective significance, with its presence increasing the likelihood of developing suicidal thoughts by 10.5 times. Physical violence ranks second, with a 3.94-fold increase, while sexual violence increased the risk by only 2.21 times [20]. Data from similar scientific studies conducted in other countries, in most cases, confirm the leading role of psychological forms of aggressive behavior by intimate partners in the development of suicidal tendencies in women [24, 74].

Таблица / Table 2

Распространённость различных форм суицидального поведения среди женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнёра, в отдельных странах мира, в %

Prevalence of various forms of suicidal behavior among women who have experienced violence from an intimate partner, in selected countries, in %

Страна [Автор] Country [Author]	Суицидальные мысли Suicidal thoughts		Суицидальные попытки Suicidal attempts	
	Риск развития Risk of development	%	Риск развития Risk of development	%
Бразилия / Brazil [28, 30, 68]	2,44-6,29	5,3-7,8		
Иран / Iran [45]	2,33			
Новая Зеландия / New Zealand [69]	1,4-4,8			
Гаити / Haiti [61]			1,9	
Вьетнам / Vietnam [21]	2,8			
Китай / China [19]	>4,0			
Турция / Turkey [70]		9,5		4,8
Руанда / Rwanda [71]	1,6			
Гана / Ghana [20]	2,2-10,5			
США / USA [63]			5,3	
Англия / England [72]			5,4	

Лишь в некоторых территориях (например, Сан-Паулу, Бразилия), психологический фактор следует за физическим и сексуальным насилием, что, вероятно, имеет свои культуральные причины [75].

Экономическое насилие значительно реже выступает как самостоятельный фактор, но в группах подтвержденного скрининга положительно ассоциировано с депрессией средней и тяжелой степени ($OR=2,6$; 95% ДИ 2,0-3,4), тревогой ($OR=2,7$; 95% ДИ 1,9-3,8) и суицидальными мыслями ($OR=2,2$; 95% ДИ 1,5-3,1) [35]. Часто экономические формы давления на женщину связаны с психологическим, физическим и сексуальным насилием, а поливиктимизация усиливает связь с суицидальными мыслями и попытками [76].

Дальнейшее пребывание в стрессовой ситуации, в случае невыработки адаптивных стратегий преодоления, часто приводит к ухудшению эмоционального состояния женщин, усилению тревоги, депрессии, расширению перечня девиантных форм поведения – повышение потребления (пристрастие) алкоголя и других ПАВ, совершение самоповреждений [17, 69, 77].

Насилие, особенно при длительном (пожизненном) присутствии, увеличивает вероятность нанесения себе умышленных повреждений в 3,3 раза ($OR=1,8-6,0$), что нередко превышает показатель риска возникновения суицидальных идей ($OR=2,6$, 1,7-4,1) [78]. При совершении самопорезов (наиболее частая форма) жертвы чаще рассматривают их как способ выплеснуть болезненные эмоции, вызванные жестоким обращением, привлечь внимание окружающих к своему бедственному положению, реже, как последнее средство спастись, умерев, когда они не видели других вариантов и были больше не в состоянии выносить насилие [79]. Беседа, изучение мотивов и целей совершённых действий позволяют дифференцировать несуицидальные и суицидальные самоповреждения, а также оценить суицидальный риск.

Данные постмортальных психолого-психиатрических экспертиз свидетельствуют о том, что жертвы самоубийств, ранее имели суицидальные мысли и делились своими переживаниями с другими людьми перед совершением трагического акта [80]. Поэтому при установлении фактов насилия важен более глубокий и целенаправленный опрос пострадавших, активное выявление суицидальных мыслей, подробный сбор суицидального анамнеза, включая выявление реализованных ранее покушений на самоубийство. Нередко при активном опросе можно установить факт совершения попыток в прошлом. Данные исследований подтверждают риск присутствия подобных действий от 1,9 [61] до 4,2-5,4 [72, 77], а при сексуальном насилии до 5,3 раза [63]. В целом частота суицидальных попыток на фоне НсСИП может достигать 4,8% [70], подтверждая данные ВОЗ, что насилие со стороны интимного партнера является наиболее устойчивыми факторами риска попыток самоубийства в женской популяции [81]. В

Only in some areas (e.g., São Paulo, Brazil) does psychological violence follow physical and sexual violence, which likely has its own cultural causes [75].

Economic violence is significantly less frequently an independent factor, but in groups with confirmed screening it is positively associated with moderate to severe depression ($OR=2.6$; 95% CI 2.0-3.4), anxiety ($OR=2.7$; 95% CI 1.9-3.8) and suicidal thoughts ($OR=2.2$; 95% CI 1.5-3.1) [35]. Economic forms of pressure on women are often associated with psychological, physical and sexual violence, and polyvictimization strengthens the association with suicidal thoughts and attempts [76].

Further exposure to a stressful situation, in the case of failure to develop adaptive coping strategies, often leads to a deterioration in the emotional state of women, increased anxiety, depression, and an expansion of the list of deviant forms of behavior – increased consumption (addiction) of alcohol and other psychoactive substances, and self-harm [17, 69, 77].

Violence, especially when long-term (lifelong) presence, increases the likelihood of self-harm by 3.3 times ($OR=1.8-6.0$), which often exceeds the risk of developing suicidal ideation ($OR=2.6$, 1.7-4.1) [78]. When committing self-cutting (the most common form), victims more often consider their as a way to release painful emotions caused by abuse, to draw the attention of others to their plight, and less often, as a last resort to save themselves by dying when they saw no other options and were no longer able to endure the violence [79]. Conversation and the study of the motives and goals of the actions committed make it possible to differentiate non-suicidal and suicidal self-harm, as well as to assess the risk of suicide.

Data from postmortem psychological and psychiatric examinations indicate that suicide victims previously had suicidal thoughts and shared their experiences with others before committing a tragic act [80]. Therefore, when establishing facts of violence, a more in-depth and targeted interview of victims, active identification of suicidal thoughts, a detailed collection of a suicidal history, including identification of previous suicide attempts, are important. Often, with an active interview, it is possible to establish the fact of past attempts. Research data confirm the risk of the presence of such actions from 1.9 [61] to 4.2-5.4 [72, 77], and in case of sexual violence up to 5.3 times [63]. In general, the frequency of suicide attempts against the background of IPV

пользу этого указывают и результаты анализа случаев реализованных фатальных самоубийств.

Суицидальная динамика и реализация

Если в общей массе среди форм НсСИП доминирует психологическое насилие, то не обязательно эта связь прослеживается и в суицидальной динамике. Безусловно, возможны индивидуальные варианты, когда психологическое давление напрямую доводит женщину до самоубийства. Чаще психологическое насилие способно лишь индуцировать появление мыслей о самоубийстве, присутствие которых может поддерживаться последующими деструктивными актами и сохраняться месяцами или годами. Анализ покушений и фатальных суицидов свидетельствует в пользу реализации аутоагрессивных действий после сочетанного совершения психологического и физического насилия со стороны интимного партнёра (ссоры, побои, драки). Часто суициды следуют непосредственно после подобной сцены, что при отсутствии данных о наличии у женщины суицидальных идей в течение длительного периода до произошедшей трагедии, позволяет окружающим говорить об остром суициде, а конкретную стрессовую ситуацию квалифицировать как его причину. Лишь в последующем при опросе выжившие нередко указывают на длительный стресс, депрессию и суицидальные мысли, а совершённую попытку описывают как реакцию по принципу «последней капли, переполневшей чашу» [82, 83, 84]. Подобный характер действий во многом определяет выбор способов и средств.

Общими характеристиками женщин, умерших в результате самоубийства при НсСИП часто являются: высокая частота подверженности негативному межличностному воздействию в сочетании с физическим, реже сексуальным насилием; развитие на этом фоне депрессии и злоупотребления психоактивными веществами; предыдущие межличностные травмы [80, 85].

Способы и средства суицидальных действий

Чаще используются наиболее доступные на текущий момент методы и средства их реализации. Для женщин достаточно типичны отравления. В европейских странах предпочтительны медикаменты, прыжки с высоты, в странах с низким доходом и сельским населением – химические вещества, используемые в сельском хозяйстве (часто удобрения), кулинарии (уксусная кислота и др.) [1, 83, 86, 87]. Нередки случаи механической асфиксии, а при наличии доступа к оружию – самострелы, реже – самопорезы [80, 82, 88]. В некоторых странах регистрируются случаи самосожжения [89, 90].

Местом совершения самоубийств женщин чаще является их дом или квартира. Время трагедии – преимущественно вечернее и ночное время [80].

Профилактика суицидального поведения

В рамках работы с данным контингентом ключевой задачей является выявление и диагностика НсСИП. Важно учитывать, что большинство лиц с НсСИП об-

can reach 4.8% [70], confirming the WHO data that intimate partner violence is the most stable risk factor for suicide attempts in the female population [81]. The results of the analysis of cases of completed fatal suicides also support this.

Suicidal dynamics and implementation

While psychological abuse predominates among the general forms of IPV, this connection is not necessarily evident in suicidal dynamics. Certainly, individual cases are possible, where psychological pressure directly drives a woman to suicide. More often, psychological abuse can only induce suicidal thoughts, which can be sustained by subsequent destructive acts and persist for months or years. Analysis of attempted and fatal suicides suggests that self-aggression occurs after a combination of psychological and physical violence by an intimate partner (arguments, beatings, fights). Suicides often follow such incidents immediately, which, in the absence of evidence of a woman's suicidal ideation for a prolonged period prior to the tragedy, allows those around her to label the case as acute suicide and attribute the specific stressful situation as its cause. Only later, when interviewed, do survivors often point to prolonged stress, depression, and suicidal thoughts, and describe the attempted suicide as a reaction based on the principle of “the last straw that broke the camel's back” [82, 83, 84]. This nature of actions largely determines the choice of methods and means.

Common characteristics of women who died by suicide in IPV are: high frequency of exposure to negative interpersonal influences in combination with physical, less often sexual violence; development of depression and substance abuse against this background; previous interpersonal trauma [80, 85].

Methods and means of suicidal actions

The most commonly used methods and means are those most readily available at the time. Poisoning is quite common among women. In European countries, medications and jumping from heights are preferred; in low-income countries and rural populations, chemicals used in agriculture (often fertilizers) and cooking (acetic acid, etc.) are used [1, 83, 86, 87]. Cases of mechanical asphyxia are common, and if weapons are available, self-inflicted gunshots are used, and less commonly, self-cutting [80, 82, 88]. In some countries, cases of self-immolation have been recorded [89, 90].

Women often commit suicide in their homes or apartments. The time of the tragedy is predominantly evening and nighttime [80].

ращаются за помощью исключительно к медицинским работникам ($OR=6,9$, $ДИ=2,6-18,3$), особенно по поводу негативных последствий физических повреждений и травм, и в отличие от большинства лиц с суицидальным поведением общей популяции реже ищут помощь в неформальных соцсетях ($OR=0,5$, $ДИ=0,3-0,8$) [72]. Преобладают обращения в службы первичной или вторичной медицинской помощи [11, 25]. Поэтому врачи, принимающие пациентов с острой травмой или её последствиями, акушеры-гинекологи, наблюдающие женщин особенно в перинатальный период, а также другие специалисты, должны быть особенно чувствительны к заявлениям о любых признаках насилия и пытаться выявлять его даже при минимальных и/или скрытых, нередко завуалированных сообщениях пострадавших. Ориентирами должны служить ключевые факторы риска, жалобы и внешние признаки пребывания женщины в текущей ситуации НсСИП или насилия, совершённого в прошлом. Активный опрос, сбор анамнеза, результаты осмотра и анализ всех данных часто позволяет сформировать полную картину даже при формальном отсутствии или отрицании женщиной насилия. Дальнейшая тактика относительно реальных или предполагаемых фактов должна строиться индивидуально с учётом возможности достижения положительного результата.

В случае выявления медицинских и психологических признаков насилия важно решение об информировании и привлечении сотрудников правоохранительных органов с целью определения тактики в отношении агрессора в рамках действующего законодательства. В подобных ситуациях возможно обращение в суд с ходатайством о расторжении брака, а в случае угрозы применения огнестрельного оружия – правовые решения о временном запрете на его покупку, владения и возможного изъятия [91].

Выявление суицидального поведения – обязательное условие работы с лицами, заявляющими о случаях насилия или обращающимися за медицинской помощью по поводу его последствий. Учитывая высокую встречаемость НсСИП среди причинных факторов суицида, женщин, обращающихся в состоянии суицидального стресса или после причинения себе вреда, также следует подробно расспросить о фактах насилия [17].

С этих позиций важно более широкое внедрение в систему здравоохранения образовательных программ и подготовки медицинских работников всех уровней (врачи, фельдшеры, медицинские сёстры) и разных специальностей (акушеры-гинекологи, хирурги и др.) основам профессиональных знаний по вопросам суицидальной превенции, выявлению ключевых признаков психических нарушений, аутоагрессивных идей и навыкам сбора суицидального анамнеза [92]. При подозрении на наличие симптомов депрессии, умышленных самоповреждений и мыслей о добровольном уходе из

Prevention of suicidal behavior

When working with this population, the key task is to identify and diagnose IPV. It is important to take into account that the majority of individuals with IPV seek help exclusively from health professionals ($OR = 6.9$, $CI = 2.6-18.3$), especially regarding the negative consequences of physical injuries and trauma, and, unlike most individuals with suicidal behavior in the general population, are less likely to seek help in informal social networks ($OR=0.5$, $CI=0.3-0.8$) [72]. Primary or secondary health care services are the most common destinations [11, 25]. Therefore, physicians seeing patients with acute trauma or its consequences, obstetricians and gynecologists observing women, especially in the perinatal period, as well as other specialists, should be especially sensitive to reports of any signs of violence and try to identify it even with minimal and/or hidden, often veiled, reports from victims. Key risk factors, complaints, and external signs of a woman's current or past history of violence should serve as benchmarks. Active questioning, medical history collection, examination results, and analysis of all data often allow for a complete picture to be formed, even in the absence of or denial of violence by the woman. Further management of actual or suspected cases should be tailored individually, taking into account the potential for a positive outcome.

If medical and psychological signs of violence are detected, it is important to inform and involve law enforcement officials to determine appropriate tactics for dealing with the aggressor within the framework of current legislation. In such situations, it may be possible to petition the court for divorce, and in the event of a threat of firearms use, legal decisions may be made regarding a temporary ban on the purchase, possession, and possible seizure of such weapons [91].

Identifying suicidal behavior is essential when working with individuals reporting incidents of violence or seeking medical help for its consequences. Given the high prevalence of non-violent behavioral disorders among the causative factors of suicide, women seeking help in a state of suicidal stress or after self-harm should also be questioned in detail about their history of violence [17].

From this perspective, it is important to more widely implement educational programs in the healthcare system and train medical workers at all levels (doctors, paramedics, nurses) and in various specialties

жизни – привлечение специалистов в области психического здоровья [93].

При непосредственном общении с женщинами, подвергшихся насилию, работа по снижению суицидального риска должна включать меры поддержки по следующим направлениям:

- предоставление возможности консультативной и/или коррекционной помощи психолога, психотерапевта; при необходимости – назначение лекарственной терапии или оказание помощи в специализированном психиатрическом стационаре, что может быть особенно важно в острый период после перенесённой травмы. Среди ключевых задач этой работы является возможность отреагирования эмоций, инвентаризация имеющихся компенсаторных возможностей, формирование стратегий преодоления и поиска адаптивных вариантов разрешения ситуации [94];

- последовательная социальная поддержка со стороны семей, друзей, других персонально важных лиц (включая непредвзятое выслушивание, безоговорочное принятие, обсуждение вариантов и поиск решений) [33, 77];

- в случаях некриминального насилия, не требующего применения уголовно-правых методов решения, целесообразна попытка вовлечения в лечебно-реабилитационный процесс агрессора, с целью возможной выработки более адаптивных неагрессивных форм поведения и улучшения межличностного функционирования. При отсутствии желания и встречного движения со стороны мужчины – содействие пострадавшей как минимум в возможности физического дистанцирования (раздельное проживание) или решению о разрыве отношений с целью избежать дальнейшего вреда в условиях "вынужденного" контакта [62, 95, 96];

- поиск возможности расширения качественной социальной (возможно материальной) поддержки женщин в рамках, действующих в регионе территориальных и государственных программ, некоммерческих, общественных, гуманитарных и иных организаций, что может способствовать формированию факторов защиты (надежда, жизнестойкость, духовность, самоэффективность, умение справляться с трудностями, социальная поддержка, эффективность получения ресурсов) [45, 97];

- у беременных при выявлении факторов и/или признаков насилия, помимо обязательного более пристального наблюдения за состоянием плода и течением беременности, необходимо привлечение специалистов в области психического здоровья с целью оценки эмоционального состояния, наличия суицидального поведения, проведения коррекционной терапии. Требуется динамическое наблюдение, в том числе в периоды осмотра акушером-гинекологом;

- у женщин с ограниченными возможностями, страдающих ВИЧ, соматическими / неврологическими

(obstetricians-gynecologists, surgeons, etc.) in the basics of professional knowledge on suicide prevention, identifying key signs of mental disorders, autoaggressive ideas, and skills in collecting a suicidal anamnesis [92]. If symptoms of depression, intentional self-harm, and thoughts of suicide are suspected, mental health specialists should be involved [93].

When directly interacting with women who have been subjected to violence, work to reduce the risk of suicide should include support measures in the following areas:

- providing the opportunity for advisory and/or corrective assistance from a psychologist or psychotherapist; if necessary, prescribing drug therapy or providing assistance in a specialized psychiatric hospital, which may be especially important in the acute period after a traumatic event. Among the key tasks of this work is the ability to respond to emotions, inventory of existing compensatory possibilities, the formation of coping strategies and the search for adaptive options for resolving the situation [94];

- consistent social support from families, friends, and other personally significant persons (including unbiased listening, unconditional acceptance, discussion of options, and search for solutions) [33, 77];

- in cases of non-criminal violence that do not require the use of criminal law methods of resolution, it is advisable to attempt to involve the aggressor in the treatment and rehabilitation process, with the goal of possibly developing more adaptive non-aggressive forms of behavior and improving interpersonal functioning. In the absence of desire and reciprocal action on the part of the man, assistance to the victim in at least the possibility of physical distancing (separate residence) or the decision to break off the relationship in order to avoid further harm in the conditions of "forced" contact [62, 95, 96];

- searching for opportunities to expand high-quality social (possibly material) support for women within the framework of territorial and state programs, non-profit, public, humanitarian and other organizations operating in the region, which can contribute to the formation of protective factors (hope, resilience, spirituality, self-efficacy, ability to cope with difficulties, social support, efficiency in obtaining resources) [45, 97];

In pregnant women, if factors and/or signs of violence are detected, in addition to mandatory closer monitoring of the fetus and the course of pregnancy, it is necessary to

заболеваниями, имеющих детей-инвалидов – обязательный периодический психопатологический скрининг, включающий выявление признаков депрессии и суицидального поведения. Предпочтителен так же поиск возможностей повышения уровня психологической, медицинской и социальной поддержки.

В общем перечне мероприятий имеют значение и классические профилактические меры, используемые для работы с группами повышенного суицидального риска в общей популяции:

- предотвращения злоупотребления алкоголем и ПАВ [56, 98];

- расширение положительных социальных контактов, в том числе на основе тематических увлечений (хобби) и др.;

- ограничение доступности к средствам суицида (накопления лекарств, токсическим веществам и др.) [99, 100, 101];

- ограничение доступности потенциальных преступников к оружию, имеющемуся в семье или получаемого на месте работы / службы [56, 98, 102];

- работа с средствами массовой информации и интернет-ресурсами по недопущению романтизации суицидов, минимизации данных о подробностях произошедшей трагедии и предпочтение среди предлагаемых материалов информации о методах профилактики, необходимости своевременного обращения за помощью, с указанием конкретных адреса и телефона её получения (при их наличии в регионе) [103, 104].

Заключение

Насилие со стороны интимного партнёра – широко распространённый негативный социальный феномен, включающий причинение женщине физического, сексуального и/или психологического вреда, итогом которого может быть не только снижение качества жизни, но и смерть в результате убийства. Проводимые во многих странах исследования также свидетельствуют о том, что НСИП является значимым фактором суицидального риска и нередко приводит женщин к совершению попыток суицида и/или самоубийству. Имеющиеся сегодня данные в целом позволяют достаточно хорошо описать психосоциальные, экономические и другие условия формирования суицидального поведения в ситуации острого и/или продолжающегося годами насилия, ключевые характеристики жертв и агрессоров. Однако сами меры профилактики разработаны недостаточно, носят фрагментарный характер, их чёткий перечень не определён, а внедрение нередко может быть ограничено или затруднено культуральными, правовыми, юридическими или другими факторами. Все это указывает на важность более глубокого изучения вопросов суицидального поведения в ситуации насилия со стороны интимного партнёра с целью совершенствования программ профилактики и снижения суицидальной смертности среди женщин.

involve mental health specialists to assess the emotional state, the presence of suicidal behavior, and provide corrective therapy. Follow-up observation is required, including during examinations by an obstetrician-gynecologist;

For women with disabilities, HIV, somatic/neurological diseases, or children with disabilities, mandatory periodic psychopathological screening is required, including identifying signs of depression and suicidal behavior. Exploratory efforts to improve psychological, medical, and social support are also recommended.

In the general list of measures, classical preventive measures used to work with high-risk suicide groups in the general population are also important:

- prevention of alcohol and psychoactive substance abuse [56, 98];

- expansion of positive social contacts, including those based on thematic interests (hobbies), etc.;

- limiting access to means of suicide (stockpiling of drugs, toxic substances, etc.) [97, 100, 101];

- limiting the accessibility of potential criminals to weapons available in the family or obtained at work/service [56, 98, 102];

- work with the media and Internet resources to prevent the romanticization of suicide and preference among the proposed materials for information about [103, 104].

Conclusion

Intimate partner violence – a widespread negative social phenomenon involving physical, sexual, and/or psychological harm to women, which can result not only in a reduced quality of life but also in death by homicide. Research conducted in many countries also indicates that IPV is a significant risk factor for suicide and often leads women to attempt and/or complete suicide. Current data generally allow for a fairly comprehensive description of the psychosocial, economic, and other factors that shape suicidal behavior in situations of acute and/or ongoing violence, as well as key characteristics of victims and perpetrators. However, preventive measures themselves are underdeveloped, fragmented, and unclear, and their implementation is often limited or hampered by cultural, legal, and other factors. All of this highlights the importance of a more in-depth study of suicidal behavior in situations of intimate partner violence in order to improve prevention programs and reduce suicide mortality among women.

Литература / References:

- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. ISBN 978-92-890-5067-8
- Демографический ежегодник России. 2023: Стат.сб./ Д 31 Росстат. М., 2023. 256 с. [The Demographic Yearbook of Russia. 2023: Statistical Handbook / D 31 Rosstat. M., 2023 256 p.] (In Russ)
- Global status report on violence prevention. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Kim R, Yoon J, Kim JH, Lee H, Park J, Kim SS. Association between intimate partner violence and suicidal ideation among female and male adults in South Korea: a nationally representative longitudinal study. *J Interpers Violence*. 2022 Dec; 37 (23-24): NP23222-NP23240. DOI: 10.1177/08862605221080137. Epub 2022 Mar 24. PMID: 35331050
- Mega LT, Mega JL, Mega BT, Harris BM. Brainwashing and battering fatigue. Psychological abuse in domestic violence. *N C Med J*. 2000 Sep-Oct; 61 (5): 260-265. PMID: 11008456
- Disease burden attributable to intimate partner violence against females and sexual violence against children in 204 countries and territories, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. GBD 2023 Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Children Collaborators. *Lancet*. 2026 Jan 3; 407 (10523): 31-52. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)02503-6. Epub 2025 Dec 9. PMID: 41386261
- Barbier A, Chariot P, Lefèvre T. Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: prevalence and associated factors-results from the violence against women EU-wide survey. *Front Public Health*. 2022 Dec 2; 10: 1033465. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1033465. eCollection 2022. PMID: 36530735
- Jud A, Grafe B, Meshkova K, Kavemann B, Meysen T, Hoffmann U, Ziegenhain U, Fegert J. Prevalence and predictors of affirmations of intimate partner violence in Germany: a first nationwide study on victimization in women and men. *J Interpers Violence*. 2023 Jan; 38 (1-2): NP1473-NP1493. DOI: 10.1177/08862605221092066. Epub 2022 Apr 26. PMID: 35469490
- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, Kuntze S, Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A, Taket A. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009 Mar; 13 (16): 1-113: 137-347. DOI: 10.3310/hta13160. PMID: 19272272
- Chan B, Sachs C. Intimate partner violence and sexual violence. *J Emerg Med Clin North Am*. 2023 May; 41 (2): 369-380. DOI: 10.1016/j.emc.2023.01.007. Epub 2023 Feb 20. PMID: 37024170
- Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *N Z Med J*. 2004 Nov 26; 117 (1206): U1173. PMID: 15570342
- Ahmed AK, Azees AS, Fasiku MM, Jimoh OS, Imhonopi GB, Temitayo-Oboh AO, Salam RA, El-Imam IA, Ojo OY, Ehiem EC. Prevalence, pattern and effect of intimate partner violence against women in Abeokuta, South West Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2024 Apr 1; 31 (2): 130-138. DOI: 10.4103/npmj.npmj_23_24. Epub 2024 Jun 3. PMID: 38826016
- Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008 Feb; 66 (4): 1008-1018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.10.021. PMID: 18178299
- Puri M, Tamang J, Shah I. Suffering in silence: consequences of sexual violence within marriage among young women in Nepal. *BMC Public Health*. 2011 Jan 12; 11: 29. DOI: 10.1186/1471-2458-11-29. PMID: 21223603
- Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. [Sexual violence and related problems in women attending a health care center]. *Salud Publica Mex*. 2001 May-Jun; 43 (3): 182-191. PMID: 11452693
- Rowlands IJ, Holder C, Forder PM, Hegarty K, Dobson AJ, Loxton D. Consistency and inconsistency of young women's reporting of intimate partner violence in a population-based study. *Violence Against Women*. 2021 Mar; 27 (3-4): 359-377. DOI: 10.1177/1077801220908324. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32204687
- McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, Cook EA, Knipe D. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *Lancet Psychiatry*. 2022 Jul; 9 (7): 574-583. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00151-1. Epub 2022 Jun 7. PMID: 35688172
- Yang MS, Yang MJ, Chang SJ, Chen SC, Ko YC. Intimate partner violence and minor psychiatric morbidity of aboriginal Taiwanese women. *Public Health Rep*. 2006 Jul-Aug; 121 (4): 453-459. DOI: 10.1177/003335490612100414. PMID: 16827447
- Yanqiu G, Yan W, Lin A. Suicidal ideation and the prevalence of intimate partner violence against women in rural western China. *Violence Against Women*. 2011 Oct; 17 (10): 1299-1312. DOI: 10.1177/1077801211425217. Epub 2011 Oct 13. PMID: 21997463
- Issahaku PA. Health implications of partner violence against women in Ghana. *Violence Vict*. 2015; 30 (2): 250-264. DOI: 10.1891/0886-6708.vv-d-13-00075. PMID: 25929140
- Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *Eur J Public Health*. 2009 Apr; 19 (2): 178-182. DOI: 10.1093/eurpub/ckn136. Epub 2009 Jan 8. PMID: 19131396
- Hou F, Cerulli C, Wittink MN, Caine ED, Qiu P. Using confirmatory factor analysis to explore associated factors of intimate partner violence in a sample of Chinese rural women: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Feb 2; 8 (2): e019465. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019465. PMID: 29420233
- Jewkes R, Corboz J, Gibbs A. Violence against Afghan women by husbands, mothers-in-law and siblings-in-law/siblings: Risk markers and health consequences in an analysis of the baseline of a randomised controlled trial. *PLoS One*. 2019 Feb 7; 14 (2): e0211361. DOI: 10.1371/journal.pone.0211361. eCollection 2019. PMID: 30730914
- Pengpid S, Peltzer K, Laosee O, Suthisukon K. Intimate partner sexual violence and risk for femicide, suicidality and substance use among women in antenatal care and general out-patients in Thailand. *BMC Womens Health*. 2018 Feb 6; 18 (1): 37. DOI: 10.1186/s12905-018-0526-z. PMID: 29409489
- Signorelli MC, de Souza FG, Pinheiro Junior RVB, Valente J, Andreoni S, Rezende LFM, Sanchez ZVM. Panorama of intimate partner violence against women in Brazil and its association with self-perception of health: findings from a national representative survey. *J Interpers Violence*. 2023 Jul; 38 (13-14): 8453-8475. DOI: 10.1177/08862605231155141. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36825734
- Schei B. Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. *Scand J Soc Med*. 1990; 18 (1): 63-88. DOI: 10.1177/140349489001800110. PMID: 2320979
- White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, Gillard S, Brett E, Allwright L, Iqbal N, Khan A, Perot C, Marks J, Mantovani N. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Jan; 25 (1): 494-511. DOI: 10.1177/15248380231155529. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36825800
- Mumu RT, Shaikh MP, Ayan SS. Violence during pregnancy, prevalence of antenatal depression and suicidal ideation among women experiencing violence: a cross-sectional study. *Inquiry*. 2026 Jan-Dec; 63: 469580261418128. DOI: 10.1177/00469580261418128. Epub 2026 Feb 7. PMID: 41655023
- Hossain N, Khan S. Domestic abuse and the duties of physicians: a case report. *Indian J Med Ethics*. 2015 Oct-Dec; 12 (4): 248-250. DOI: 10.20529/IJME.2015.066. PMID: 26592790
- Miranda VIA, Nunes RZS, Torriani MB, Bettiol LM, Tuon L, Meller FO, Schäfer AA, Confortin SC. [Intimate partner violence and suicidal ideation among pregnant women in Southern Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2025 Aug; 30 (8): e05532024. DOI: 10.1590/1413-81232025308.05532024. Epub 2024 Jul 12. PMID: 40929434

31. Cook RJ, Dickens BM. Dilemmas in intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Jul; 106 (1): 72-75. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.03.011. Epub 2009 Apr 15. PMID: 19368921
32. Daruwalla N, Belur J, Kumar M, Tiwari V, Sarabahi S, Tilley N, Osrin D. A qualitative study of the background and in-hospital medicolegal response to female burn injuries in India. *BMC Womens Health.* 2014 Nov 30; 14: 142. DOI: 10.1186/s12905-014-0142-5. PMID: 25433681
33. Daniels K. Intimate partner violence & depression: a deadly comorbidity. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005 Jan; 43 (1): 44-51. DOI: 10.3928/02793695-20050101-07. PMID: 15685844
34. Dandona R, Gupta A, George S, Kishan S, Kumar GA. Domestic violence in Indian women: lessons from nearly 20 years of surveillance. *BMC Womens Health.* 2022 Apr 21; 22 (1): 128. DOI: 10.1186/s12905-022-01703-3. PMID: 35448988
35. Kanougiya S, Daruwalla N, Gram L, Gupta AD, Sivakami M, Osrin D. Economic abuse and its associations with symptoms of common mental disorders among women in a cross-sectional survey in informal settlements in Mumbai, India. *BMC Public Health.* 2021 May 1; 21 (1): 842. DOI: 10.1186/s12889-021-10904-8. PMID: 33933060
36. Савин С.Д., Шепельков В.Ф., Сидорова А.Н. Домашнее насилие как социальная проблема в российском обществе: между приватностью и публичностью. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология.* 2025; 25 (1): 64-78. [Savin SD, Shepelkov VF, Sidorova AN. Domestic violence as a social problem in the Russian society: Between privacy and publicity. *RUDN Journal of Sociology.* 2025; 25 (1): 64-78.] (In Russ) DOI: 10.22363/2313-2272-2025-25-1-64-78
37. Иода С.В. Особенности семейного насилия в отношении женщин. *Социология в современном мире: наука, образование, творчество.* 2020; 12: 209-212. [Ioda SV. Features of family violence against women. *Sociology in the modern world: science, education, creativity.* 2020; 12: 209-212.] (In Russ)
38. Женщины и мужчины России. 2022: Стат.сб. / Ж56 Росстат. М., 2022. 208 с. [Women and men of Russia. 2022: Statistical collection / Z56 Rosstat. Moscow, 2022. 208 p.] (In Russ)
39. Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Социально-психологические практики поддержки женщин и мужчин, оказавшихся в ситуации семейного насилия. *Научно-методический электронный журнал «Концепт».* 2023; 07. [Sadykov RM, Bolshakova NL. Social and psychological practices of support for women and men who find themselves in the situation of family violence. *Scientific and methodological electronic journal "Concept".* 2023; 07.] (In Russ) URL: <http://e-koncept.ru/2023/232008.htm>
40. Семенова Н.Д. Внутрисемейное насилие в отношении женщин и девочек, клинико психологические проблемы и вопросы законодательного урегулирования. *Журнал психологии и педагогики служебной деятельности.* 2021; 2: 97-103. [Seменова N.D. Intra-family violence against women and girls, clinical and psychological problems and issues of legislative regulation. *Journal of Psychology and Pedagogy of Professional Activity.* 2021; 2: 97-103.] (In Russ)
41. Литовченко Т.А., Макаров А.В. Модернизация уголовного законодательства в контексте криминализации ответственности за социально-бытовое насилие. *Российское правосудие.* 2023; 10: 93-103. [Litovchenko TA, Makarov AV. Modernization of criminal legislation in the context of criminalization of responsibility for social and domestic violence. *Rossiiskoe pravosudie = Russian Justice.* 2023; 10: 93-103.] (In Russ) DOI: 10.37399/issn2072-909X.2023.10.93-103
42. Lausi G, Barchielli B, Burrai J, Giannini AM, Cricenti C. Italian Validation of the Scale of Psychological Abuse in Intimate Partner Violence (EAPA-P). *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Dec 2; 18 (23): 12717. DOI: 10.3390/ijerph182312717. PMID: 34886443
43. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Women with HIV: gender violence and suicidal ideation. *Rev Saude Publica.* 2014 Oct; 48 (5): 758-765. DOI: 10.1590/s0034-8910.2014048005228. PMID: 25372166
44. Riley A, Daruwalla N, Kanougiya S, Gupta A, Wickenden M, Osrin D. Intimate partner violence against women with disability and associated mental health concerns: a cross-sectional survey in Mumbai, India. *BMJ Open.* 2022 Apr 27; 12(4): e056475. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056475. PMID: 35477887
45. Davarinejad O, Khezeli M, Yarveisi T, Moradi F. Forced marriage, domestic violence, and suicidal ideation among married individuals: a population-based study from Western Iran. *BMC Public Health.* 2025 Nov 3; 25 (1): 3750. DOI: 10.1186/s12889-025-25105-w. PMID: 41184986
46. Barchi F, Winter S, Dougherty D, Ramaphane P. Intimate partner violence against women in northwestern Botswana: the Maun women's study. *Violence Against Women.* 2018 Dec; 24 (16): 1909-1927. DOI: 10.1177/1077801218755976. Epub 2018 Feb 25. PMID: 29478401
47. de Baumont AC, Oliveira GS, de Figueiredo JB, Dos Santos JF, Genro BP, Habigzang LF, Manfro GG. Intimate partner violence and women's mental health during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2024; 46: e20220594. DOI: 10.47626/2237-6089-2022-0594. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37068784
48. Howard DE, Wang MQ, Yan F. Psychosocial factors associated with reports of physical dating violence among U.S. adolescent females. *Adolescence.* 2007 Summer; 42 (166): 311-324. PMID: 17849938
49. Musa A, Valdez AJ, Aguilar JL, Pendi K, Wolitzky-Taylor KB, Lee D, Lee J, Safani D. The Prevalence of Intimate Partner Violence and Association With Depression in University Students: Results of a Cross-Sectional Study. *J Nerv Ment Dis.* 2021 Jan; 209 (1): 71-75. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001255. PMID: 33141781
50. Collado Peña S, Villanueva Egan LA. [Domestic violence: an approach from gynecology and obstetrics]. *Ginecol Obstet Mex.* 2005 May; 73 (5): 250-60. PMID: 21966764
51. Samad N, Das P, Ahinkorah BO, Seidu AA, Frimpong JB, Okyere J, Hagan JE Jr, Nabi MH, Hawlader MDH. Intimate partner violence and pregnancy termination in Armenia: evidence from nationally-representative survey data. *Eur J Invest Health Psychol Educ.* 2021 Mar 28; 11 (2): 294-302. DOI: 10.3390/ejihpe11020022. PMID: 34708813
52. Lutwak N. The Psychology of health and illness: the mental health and physiological effects of intimate partner violence on women. *J Psychol.* 2018 Aug 18; 152 (6): 373-387. DOI: 10.1080/00223980.2018.1447435. PMID: 300890838
53. Spivak HR, Jenkins L, VanAudenhove K, Lee D, Kelly M, Iskander J. CDC Grand Rounds: a public health approach to prevention of intimate partner violence. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Jan 17; 63 (2): 38-41. PMID: 24430100
54. Kafka JM, Moracco KE, Pence BW, Trangenstein PJ, Fliss MD, McNaughton Reyes L. Intimate partner violence and suicide mortality: a cross-sectional study using machine learning and natural language processing of suicide data from 43 states. *Inj Prev.* 2024 Mar 20; 30 (2): 125-131. DOI: 10.1136/ip-2023-044976. PMID: 37907260
55. Keegan G, Hoofnagle M, Chor J, Hampton D, Cone J, Khan A, Rowell S, Plackett T, Benjamin A, Bhardwaj N, Rogers SO, Zakrisson TL, Cirone JM. State-level analysis of intimate partner violence, abortion access, and peripartum homicide: call for screening and violence interventions for pregnant patients. *J Am Coll Surg.* 2024 May 1; 238 (5): 880-888. DOI: 10.1097/XCS.0000000000001019. Epub 2024 Feb 8. PMID: 38329176
56. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013 Nov; 20 (8): 1099-1107. DOI: 10.1016/j.jflm.2013.09.015. Epub 2013 Oct 3. PMID: 24237830
57. Adinkrah M. Intimate partner femicide-suicides in Ghana: victims, offenders, and incident characteristics. *Violence Against Women.* 2014 Sep; 20 (9): 1078-1096. DOI: 10.1177/1077801214549637. Epub 2014 Sep 25. PMID: 25261436

58. Cechova-Vayleux E, Leveillee S, Lhuillier JP, Garre JB, Senon JL, Richard-Devantoy S. [Female intimate partner homicide: clinical and criminological issues]. *Encephale*. 2013 Dec; 39 (6): 416-425. DOI: 10.1016/j.encep.2012.10.010. Epub 2013 Mar 26. PMID: 23537637
59. Belfrage H, Rying M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Crim Behav Ment Health*. 2004; 14 (2): 121-133. DOI: 10.1002/cbm.577. PMID: 15188020
60. Navarro-Mantas L, de Lemus S, Megías JL. Mental health consequences of intimate partner violence against women in El Salvador. *Violence Against Women*. 2021 Dec; 27 (15-16): 2927-2944. DOI: 10.1177/1077801220978803. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33432876
61. Gary FA, Yarandi H, Hopps JC, Hassan M, Sloan ED, Campbell JC. Tragedy in Haiti: suicidality, PTSD, and depression associated with intimate partner violence among haitian women after the 2010 Earthquake. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2021 Jul; 32 (1): 10-17. PMID: 34562347
62. Romito P, Pellegrini M, Saurel-Cubizolles MJ. Intimate Partner Violence Against Women During the COVID-19 Lockdown in Italy: A Multicenter Survey Involving Anti-Violence Centers. *Violence Against Women*. 2022 Jul; 28 (9): 2186-2203. DOI: 10.1177/10778012221079374. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35481785
63. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, Smith S. Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues Ment Health Nurs*. 2005 Nov; 26 (9): 953-967. DOI: 10.1080/01612840500248262. PMID: 16203648
64. Peltzer K, Pengpid S. Associations between intimate partner violence, depression, and suicidal behavior among women attending antenatal and general outpatients hospital services in Thailand. *Niger J Clin Pract*. 2017 Jul; 20 (7): 892-899. DOI: 10.4103/njcp.njcp_453_15. PMID: 28791986
65. Halim N, Beard J, Mesic A, Patel A, Henderson D, Hibberd P. Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990-2017. *Clin Psychol Rev*. 2018 Dec; 66: 117-135. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.11.004. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29198412
66. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. *Lancet*. 2008 Apr 5; 371 (9619): 1165-1172. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X. PMID: 18395577
67. Baek H, Han S, Seepersad R. Intimate partner violence and suicidality: applicability of general strain theory to women in Trinidad and Tobago. *Violence Against Women*. 2025 Apr; 31 (5): 1063-1081. DOI: 10.1177/10778012231220381. Epub 2023 Dec 17. PMID: 38105517
68. Fonseca-Machado Mde O, Alves LC, Haas VJ, Monteiro JC, Gomes-Sponholz F. [Under the shadow of maternity: pregnancy, suicidal ideation, and intimate partner violence]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 May; 37 (4-5): 258-264. PMID: 26208194
69. Gulliver P, Fanslow J. Exploring risk factors for suicidal ideation in a population-based sample of New Zealand women who have experienced intimate partner violence. *Aust N Z J Public Health*. 2013 Dec; 37 (6): 527-533. DOI: 10.1111/1753-6405.12110. PMID: 24892151
70. Nur N. Suicidal thoughts and attempts among married women who experience intimate partner violence in Türkiye. *East Mediterr Health J*. 2023 Sep 9; 29 (9): 725-733. DOI: 10.26719/emhj.23.097. PMID: 37776134
71. Verduin F, Engelhard EA, Rutayisire T, Stronks K, Scholte WF. Intimate partner violence in Rwanda: the mental health of victims and perpetrators. *J Interpers Violence*. 2013 Jun; 28 (9): 1839-1858. DOI: 10.1177/0886260512469106. Epub 2012 Dec 24. PMID: 23266996
72. Khalifeh H, Oram S, Trevillion K, Johnson S, Howard LM. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *Br J Psychiatry*. 2015 Sep; 207 (3): 207-212. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144899. Epub 2015 Jun 4. PMID: 26045349
73. Fisher J, Tran TD, Biggs B, Dang TH, Nguyen TT, Tran T. Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health*. 2013 Mar; 5 (1): 29-37. DOI: 10.1093/inthealth/ih012. PMID: 24029843
74. Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. *Womens Health Issues*. 2008 Nov-Dec; 18 (6): 442-452. DOI: 10.1016/j.whi.2008.07.003. PMID: 19041596
75. Schraiber LB, Latorre Mdo R, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010 Aug; 44 (4): 658-666. DOI: 10.1590/s0034-89102010000400009. PMID: 20676557
76. Kim C, Vasquez L, Rajah V. The Effects of polyvictimization by intimate partners on suicidality among salvadoran women. *J Interpers Violence*. 2023 Aug; 38 (15-16): 8991-9014. DOI: 10.1177/08862605231162654. Epub 2023 Mar 28. PMID: 36987373
77. Martínez-Vázquez S, Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Prevalence and associated factors of perinatal suicide risk in spanish women. *Arch Suicide Res*. 2025 Apr-Jun; 29 (2): 361-376. DOI: 10.1080/13811118.2024.2353175. Epub 2024 May 15. PMID: 38747527
78. Carlisle S, Whyte R, Saunders K, McManus S, Oram S, Howard L, Bhavsar V. Perpetration of intimate partner violence and suicide attempt, suicidal ideation, and non-suicidal self-harm: a cross-sectional secondary analysis using the adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2026 Mar 26; 35:e16. DOI: 10.1017/S2045796026100559. PMID: 41883282
79. Wong SP, Wang C, Meng M, Phillips MR. Understanding self-harm in victims of intimate partner violence: a qualitative analysis of calls made by victims to a crisis hotline in China. *Violence Against Women*. 2011 Apr; 17 (4): 532-544. DOI: 10.1177/1077801211404549. Epub 2011 Apr 8. PMID: 21478222
80. Kim J, Wretman CJ, Radtke SR, Fraga Rizo C, Macy RJ. Characteristics of and circumstances associated with female intimate partner problem-included suicides: analysis of data from the National Violent Death Reporting System (2003-2019). *J Interpers Violence*. 2023 Sep; 38 (17-18): 10182-10204. DOI: 10.1177/08862605231173436. Epub 2023 May 22. PMID: 37212358
81. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, Heise L, Durand J, Mbwapo J, Jansen H, Berhane Y, Ellsberg M, Garcia-Moreno C. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. WHO Multi-Country Study Team. *Soc Sci Med*. 2011 Jul; 73 (1):79-86. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006. Epub 2011 May 27. PMID: 21676510
82. Brown S, Seals J. Intimate partner problems and suicide: are we missing the violence? *J Inj Violence Res*. 2019 Jan; 11 (1): 53-64. DOI: 10.5249/jivr.v11i1.997. Epub 2019 Jan 13. PMID: 30636256
83. Hassanian-Moghaddam H, Zamani N, Sarjani S. Violence and abuse against women who have attempted suicide by deliberate self-poisoning: a 2-year follow-up study in Iran. *J Interpers Violence*. 2016 Apr; 31 (7): 1257-1273. DOI: 10.1177/0886260514564157. Epub 2014 Dec 29. PMID: 25550168
84. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девьянтология*. 2020; 4 (2): 46-53. [Mikhaylova NYu, Golenkov AV. Analysis of post-mortal forensic psychological and psychiatric examinations related to suicide. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (2): 46-53.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53
85. MacIsaac MB, Bugeja L, Weiland T, Dwyer J, Selvakumar K, Jelinek GA. Prevalence and characteristics of interpersonal violence in people dying from suicide in Victoria, Australia. *Asia Pac J Public Health*. 2018 Jan; 30 (1): 36-44. DOI:

- 10.1177/1010539517743615. Epub 2017 Nov 26. PMID: 29172643
86. Beautrais A. Suicide by Jumping. *Crisis*. 2007 Jan; 28 Suppl 1: 58-63. DOI: 10.1027/0227-5910.28.S1.58. PMID: 26212196
87. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Герасименко В.И., Зотова Е.П., Петров И.М., Скрябин Е.Г., Приленский А.Б. Уксусная кислота среди средств суицидальных действий. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 160-181. [Zotov PB, Lyubov EB, Gerasimenko VI, Zotova EP, Petrov IM, Scryabin EG, Prilensky AB. Acetic acid among the means of suicidal actions. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 160-081.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181
88. Cai Z, Junus A, Chang Q, Yip PSF. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022 Mar 1; 300: 121-129. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.054. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34953923
89. Шаропова Н.М., Шарипова Т., Турсунов Р.А. Социально демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в Республике Таджикистан. *Вестник Авиценны*. 2014; 3: 86-91. [Sharopova NM, Sharipova T, Tursunov RA. Sociodemographic and ethnocultural aspects of suicide in the Republic of Tajikistan. *Vestnik Avicenna – Bulletin of Avicenna*. 2014; 3: 86–91.] (In Russ)
90. Parvareh M, Hajizadeh M, Rezaei S, Nouri B, Moradi G, Esmail Nasab N. Epidemiology and socio-demographic risk factors of self-immolation: A systematic review and meta-analysis. *Burns*. 2018 Jun; 44 (4): 767-775. DOI: 10.1016/j.burns.2017.08.013. Epub 2017 Oct 9. PMID: 29032973
91. Paruk J, Christy A, Frattaroli S, Zeoli AM. Florida's risk protection order cases and intimate partner violence: a descriptive study. *J Interpers Violence*. 2026 Jan; 41 (1-2): 276-298. DOI: 10.1177/08862605251315768. Epub 2025 Feb 17. PMID: 39960771
92. Stacy M, Kremer M, Schulkin J. Suicide among women and the role of women's health care providers. *Obstet Gynecol Surv*. 2022 May; 77 (5): 293-301. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001025. PMID: 35522431
93. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov EB, Zotov PB. Suicidology in training and practice of medical personnel. *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)
94. Ibala RM, Seff I, Stark L. Attitudinal Acceptance of Intimate Partner Violence and Mental Health Outcomes for Female Survivors in Sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 12; 18 (10): 5099. DOI: 10.3390/ijerph18105099. PMID: 34065818
95. Reviere SL, Farber EW, Twomey H, Okun A, Jackson E, Zanzville H, Kaslow NJ. Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women: a multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women*. 2007 Nov; 13 (11): 1113-1129. DOI: 10.1177/1077801207307798. PMID: 17951588
96. Pomicino L, Beltramini L, Romito P. Freeing oneself from intimate partner violence: a follow-up of women who contacted an anti-violence center in Italy. *Violence Against Women*. 2019 Jun; 25 (8): 925-944. doi: DOI: 10.1177/1077801218802641. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30311549
97. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol*. 2005 Sep; 36 (1-2): 109-21. DOI: 10.1007/s10464-005-6236-3. PMID: 16134048
98. Friedman K, Mocerri-Brooks J, Meza K, Ho RA, Baker JC, Bryan AO, Bryan CJ, Anestis MD, Betz ME. Firearms, alcohol, suicide, and intimate partner violence perpetration among service members: Military partner experiences. *Psychol Serv*. 2025 Aug 21. DOI: 10.1037/ser0000988. Online ahead of print. PMID: 40839445
99. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul; 3 (7): 646-59. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289303
100. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med*. 2010 May; 70 (10): 1626-1632. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.01.029. Epub 2010 Feb 12. PMID: 20207465
101. Zandberg J, Waller R, Visoki E, Barzilay R. Association Between State-Level Access to Reproductive Care and Suicide Rates Among Women of Reproductive Age in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2023 Feb 1; 80 (2): 127-134. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.4394. PMID: 36576746
102. Smucker S, Kerber RE, Cook PJ. Suicide and Additional Homicides Associated with Intimate Partner Homicide: North Carolina 2004-2013. *J Urban Health*. 2018 Jun; 95 (3): 337-343. DOI: 10.1007/s11524-018-0252-8. PMID: 29671187
103. Pirkis J, Rossetto A, Nicholas A, Ftanou M, Robinson J, Reavley N. Suicide Prevention Media Campaigns: A Systematic Literature Review. *Health Commun*. 2019 Apr; 34 (4): 402-414. DOI: 10.1080/10410236.2017.1405484. Epub 2017 Nov 30. PMID: 29190128
104. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, Tran US, Voracek M, Cheng Q, Arendt F, Scherr S, Yip PSF, Spittal MJ. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 Mar 18;368:m575. DOI: 10.1136/bmj.m575. PMID: 32188637

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AMONG SUICIDE RISK FACTORS IN WOMEN

E.A. Mateykovich^{1,2,3}, E.M. Umansky¹, A.M. Suldin¹,
V.A. Zhmurov¹, I.V. Fomina^{1,3}, E.P. Ashikhmina¹, I.F. Topchiu¹,
O.V. Bratova², A.V. Strelnikova¹, K.R. Khabibullina¹

¹Tyumen State Medical University

²Maternity Hospital No. 3, Tyumen, Russia

³Perinatal Center, Tyumen, Russia

Abstract:

Despite numerous studies and improved preventive measures, suicidal behavior in women remains one of the most pressing medical and social issues. *Aim*: To review the literature on intimate partner violence as a risk factor for suicide in women. *Materials and Methods*: A search of scientific databases was conducted in elibrary.ru and PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) using the keywords "intimate partner violence," "consequences of intimate partner violence," "suicidal behavior in women," "suicide," and "suicide attempt," with no limitations on the years of study depth. *Results*: Intimate partner violence is a widespread negative social phenomenon, reported by up to 51.7% of women. Even a single instance of violence leaves its mark, and repeated episodes lead to serious negative psychological consequences and mental disorders, among which depression is predominant (up to 49.3%), which sharply (up to 10.5 times) increases the risk of suicidal thoughts and, in some cases, leads to suicide attempts and/or suicide. Potentiating factors are often a combination of psychological and physical violence from an intimate partner (quarrels, beat-

ings, fights). Suicides often follow immediately after such scenes and are usually committed within one's own apartment in the evening or at night. Self-poisoning is the predominant method. In general, the data available today allow us to describe fairly well the conditions for the development of suicidal behavior associated with violence. However, preventive measures themselves have not been sufficiently developed. The most important include: active identification of suicidal behavior in risk groups; providing the opportunity for advisory and/or corrective assistance from a psychologist or psychotherapist; consistent social support from families and others; prevention of alcohol and substance abuse; expansion of positive social contacts; limiting access to means of suicide; limiting access of potential criminals to weapons owned by the family or obtained at work/service; working with the media and online resources. In conclusion, the authors conclude that a more in-depth study of suicidal behavior in women exposed to intimate partner violence is necessary to improve prevention programs and reduce suicide mortality.

Keywords: intimate partner violence, consequences of intimate partner violence, suicidal ideation, suicide attempt, suicidal behavior in women, suicide, women, risk factors for suicide in women

Вклад авторов:

Е.А. Матейкович: разработка концепции и дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

Е.М. Уманский: написание и редактирование текста статьи;

А.М. Сульдин: отбор первоисточников, написание резюме;

В.А. Жмуров: отбор первоисточников, написание резюме;

И.В. Фомина: отбор первоисточников;

Е.П. Ашихмина: отбор первоисточников;

И.Ф. Топчиу: отбор первоисточников;

О.В. Братова: отбор первоисточников;

А.В. Стрельникова: перевод текста статьи, оформление списка литературы;

К.Р. Хабибуллина: перевод текста статьи, оформление списка литературы.

Authors' contributions:

E.A. Mateykovich: development of the research concept and design, writing and editing of the manuscript text;

E.M. Umansky: writing and editing of the manuscript text;

A.M. Suldin: selection of primary sources, writing a resume;

V.A. Zhmurov: selection of primary sources, writing a resume;

I.V. Fomina: selection of primary sources;

E.P. Ashikhmina: selection of primary sources;

I.F. Topchiu: selection of primary sources;

O.V. Bratova: selection of primary sources;

A.V. Strelnikova: translation of the text of the article, design of the list of references;

K.R. Khabibullina: translation of the text of the article, design of the list of references.

Information about the authors:

Mateykovich Elena A. – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 5864-8031; AuthorID: 744233; ORCID iD: 0000-0002-2612-7339). Place of work and position: Director of the Institute of Motherhood and Childhood of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia; obstetrician-gynecologist of Maternity hospital № 3. Address: 31 Bauman str., Tyumen, Russia; Perinatal center. Address: 1/8 Daudelnaya str., Tyumen, Russia. Email: mateykovichea@tyumsmu.ru

Umansky Evgeny M. – graduate student (ORCID iD 0009-0006-7182-1529). Place of study: graduate student of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia. Email: evgenuman72@mail.ru

Suldin Aleksandr M. – MD, PhD (ORCID iD: 0000-0001-9325-5173). Place of work and position: Professor of the Department of Healthcare Organization, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia. Email: souldine@mail.ru

Zhmurov Vladimir A. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 9322-1117; AuthorID: 694196; ORCID iD: 0000-0002-7228-6197). Place of work and position: Professor of the Department of Propaedeutic and Faculty Therapy, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia. Email: zhmuovva@yandex.ru

Fomina Inna V. – MD, PhD (ORCID iD: 0000-0001-8053-1546). Place of work and position: Head of the obstetric Physiology department, Perinatal Center. Address: 1/8 Daudelnaya St., Tyumen, Russia; Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology at the Institute of Motherhood and Childhood, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia. Email: fiv-1982@mail.ru

Ashikhmina Elena P. – MD, PhD, associate Professor (ORCID iD: 0000-0002-0537-5667). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Pediatric Diseases and Polyclinic Pediatrics at the Institute of Motherhood and Childhood, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia. Email: ashikhminaep@tyumsmu.ru

Topchiu Inna F. – graduate student (ORCID iD: 0000-0002-3149-8660). Place of study: graduate student of the Institute of Motherhood and Childhood of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia.

Bratova Olga V. – gynecologist (SPIN-code: 1900-0031, AuthorID: 1248596). Place of work and position: assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023; Chief Physician of "Maternity Hospital № 3". Address: 31 Bauman str., Tyumen, Russia

Strelnikova Alena V. – student (ORCID iD: 0009-0006-8536-6256). Place of study: student at the Institute of Motherhood and Childhood, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia.

Khabibullina Kamilla R. – student (ORCID iD: 0009-0006-3379-7310). Place of study: student at the Institute of Motherhood and Childhood, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia.

Финансирование: Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) № 25-25-00887. Тема проекта – «Оценка репродуктивного здоровья детей участников Специальной военной операции».

Financing: The work was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation (RSF) № 25-25-00887. The topic of the project is "Assessment of the reproductive health of children participating in a special military operation."

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.03.2026. Принята к публикации / Accepted for publication: 16.05.2026.

Для цитирования: Матейкович Е.А., Уманский Е.М., Сульдин А.М., Жмуров В.А., Фомина И.В., Ашихмина Е.П., Топчиу И.Ф., Братова О.В., Стрельникова А.В., Хабибуллина К.Р. Насилие со стороны интимного партнера среди факторов суицидального риска у женщин. *Суицидология*. 2026; 17 (1): 162-185. doi.org/10.32878/suiciderus.26-17-01(62)-162-185

For citation: Mateykovich E.A., Umansky E.M., Suldin A.M., Zhmurov V.A., Fomina I.V., Ashikhmina E.P., Topchiu I.F., Bratova O.V., Strelnikova A.V., Khabibullina K.R. Intimate partner violence among suicide risk factors in women. *Suicidology*. 2026; 17 (1): 162-185. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.26-17-01(62)-162-185