

Министерство просвещения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»
(ФГБНУ «ИКП РАО»)

ПРИНЯТО

Решением Ученого совета
ФГБНУ «ИКП РАО»
от «25» октября 2021 г.
протокол №7



УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБНУ «ИКП РАО»

Т.А. Соловьева
«25» октября 2021 г.

ПРОГРАММА

кандидатского минимума по дисциплине

Иностранный язык

по специальностям

5.3.8. коррекционная психология и дефектология

**5.8.3. Коррекционная педагогика (сурдопедагогика и тифлопедагогика,
олигофренопедагогика и логопедия)**

Москва 2021

Введение

Настоящая программа разработана Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» (ФГБНУ «ИКП РАО») под общей редакцией член-корреспондента РАО, доктора филологических наук, профессора Н.М.Мекеко и одобрена Ученым советом ФГБНУ «ИКП РАО» протокол заседания №7 от 25.10.2021г.

РАЗДЕЛ I

Общие положения по изучению иностранного языка

Изучение иностранных языков в вузе является неотъемлемой составной частью подготовки специалистов различного профиля, которые в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта должны достичь уровня владения иностранным языком, позволяющего им продолжить обучение и вести профессиональную деятельность в иноязычной среде.

Окончившие курс обучения по данной программе должны владеть орфографической, орфоэпической, лексической, грамматической и стилистической нормами изучаемого языка в пределах программных требований и правильно использовать их во всех видах речевой коммуникации, в научной сфере в форме устного и письменного общения.

Требования по видам речевой коммуникации

Говорение. К концу обучения аспирант (соискатель) должен владеть подготовленной, а также неподготовленной монологической речью, уметь делать резюме, сообщения, доклад на иностранном языке; диалогической речью в ситуациях научного, профессионального и бытового общения в пределах изученного языкового материала и в соответствии с избранной специальностью.

Аудирование. Аспирант (соискатель) должен уметь понимать на слух оригинальную монологическую и диалогическую речь по специальности, опираясь на изученный языковой материал, фоновые страноведческие и профессиональные знания, навыки языковой и контекстуальной догадки.

Чтение. Аспирант (соискатель) должен уметь читать, понимать и использовать в своей научной работе оригинальную научную литературу по специальности, опираясь на изученный языковой материал, фоновые страноведческие и профессиональные знания и навыки языковой и контекстуальной догадки. Аспирант (соискатель) должен овладеть всеми видами чтения (изучающее, ознакомительное, поисковое и просмотровое).

Письмо. Аспирант (соискатель) должен владеть умениями письма в пределах изученного языкового материала, в частности уметь составить план (конспект) прочитанного, изложить содержание прочитанного в форме резюме; написать сообщение или доклад по темам проводимого исследования.

Языковой материал

1. Виды речевых действий и приемы ведения общения.

При отборе конкретного языкового материала необходимо руководствоваться следующими функциональными категориями:

1.1. Передача фактуальной информации:

– средства оформления повествования, описания, рассуждения, уточнения, коррекции услышанного или прочитанного, определения темы сообщения, доклада и т.д.

1.2. Передача эмоциональной оценки сообщения:

– средства выражения одобрения/неодобрения, удивления, восхищения, предпочтения и т.д.

1.3. Передача интеллектуальных отношений:

– средства выражения согласия/несогласия, способности/неспособности сделать что-либо, выяснение возможности/невозможности сделать что-либо, уверенности/неуверенности говорящего в сообщаемых им фактах.

1.4. Структурирование дискурса:

– оформление введения в тему, развитие темы, смена темы, подведение итогов сообщения, инициирование и завершение разговора, приветствие, выражение благодарности, разочарования и т.д.;

– владение основными формулами этикета при ведении диалога, научной дискуссии, при построении сообщения и т.д.

2. Фонетика.

Интонационное оформление предложения: словесное, фразовое и логическое ударения, мелодия, паузация; фонологические противопоставления, релевантные для изучаемого языка: долготы/краткость, закрытость/открытость гласных звуков, звонкость/глухость конечных согласных и т.п.

3. Лексика.

К концу обучения, предусмотренного данной программой, лексический запас аспиранта (соискателя) должен составить не менее 5500 лексических единиц с учетом вузовского минимума и потенциального словаря, включая примерно 500 терминов профилирующей специальности.

4. Грамматика.

Английский язык.

Порядок слов простого предложения. Сложное предложение: сложносочиненное и сложноподчиненное предложения. Союзы и относительные местоимения. Эллиптические предложения. Бессоюзные придаточные. Употребление личных форм глагола в активном и пассивном залогах. Согласование времен. Функции инфинитива: инфинитив в функции подлежащего, определения, обстоятельства. Синтаксические конструкции:

оборот «дополнение с инфинитивом» (объектный падеж с инфинитивом); оборот «подлежащее с инфинитивом» (именительный падеж с инфинитивом); инфинитив в функции вводного члена; инфинитив в составном именном сказуемом (*be + инф.*) и в составном модальном сказуемом; (оборот «*for + smb. to do smth.*»). Сослагательное наклонение. Модальные глаголы. Модальные глаголы с простым и перфектным инфинитивом. Атрибутивные комплексы (цепочки существительных). Эмфатические (в том числе инверсионные) конструкции в форме *Continuous* или пассива; инвертированное придаточное уступительное или причины; двойное отрицание. Местоимения, слова-заместители (*that (of), those (of), this, these, do, one, ones*), сложные и парные союзы, сравнительно-сопоставительные обороты (*as ... as, not so ... as, the ... the*).

Французский язык.

Порядок слов простого предложения. Сложное предложение: сложносочиненное и сложноподчиненное предложения. Союзы. Употребление личных форм глаголов в активном залоге. Согласование времен. Пассивная форма глагола. Возвратные глаголы в значении пассивной формы. Безличные конструкции. Конструкции с инфинитивом: *avoir à + infinitif; être à + infinitif; laisser + infinitif; faire + infinitif*. Неличные формы глагола: инфинитив настоящего и прошедшего времени; инфинитив, употребляемый с предлогами; инфинитивный оборот. Причастие настоящего времени; причастие прошедшего времени; деепричастие; сложное причастие прошедшего времени. Абсолютный причастный оборот. Условное наклонение. Сослагательное наклонение. Степени сравнения прилагательных и наречий. Местоимения: личные, относительные, указательные; местоимение среднего рода *le*, местоимения-наречия *en* и *y*.

Немецкий язык.

Простые распространенные, сложносочиненные и сложноподчиненные предложения. Рамочная конструкция и отступления от нее. Место и порядок слов придаточных предложений. Союзы и корреляты. Бессоюзные

придаточные предложения. Распространенное определение. Причастие I с *zu* в функции определения. Приложение. Степени сравнения прилагательных. Указательные местоимения в функции замены существительного. Однородные члены предложения разного типа. Инфинитивные и причастные обороты в различных функциях. Модальные конструкции *sein* и *haben + zu + infinitiv*. Модальные глаголы с инфинитивом I и II актива и пассива. Конъюнктив и кондиционалис в различных типах предложений. Футурум I и II в модальном значении. Модальные слова. Функции пассива и конструкции *sein + Partizip II* (статива). Трехчленный, двучленный и одночленный (безличный пассив). Сочетания с послелогоми, предлогами с уточнителями. Многозначность и синонимия союзов, предлогов, местоимений, местоименных наречий и т.д. Коммуникативное членение предложения и способы его выражения.

Испанский язык.

Синтаксис простого и сложного предложения. Линейный порядок слов и возможные отступления от него. Порядок слов как средство выражения актуального членения.

Постпозиция и препозиция прилагательного-определения. Субстантивные словосочетания типа *sust + de + sust(inf)*. Предикативные определения, выраженные прилагательным или партиципом. Адъективные словосочетания типа *adj + de + sust(inf)*.

Пассивные конструкции. Преимущественная сфера употребления местоименного и партиципного пассива. Многозначность формы *se + 3-е л.ед.ч.* и ее актуализация.

Сложносочиненные и сложноподчиненные предложения. Союзы и их корреляты. Многозначность и синонимия союзов. Бессоюзные придаточные. Сослагательное наклонение в придаточных предложениях. Согласование времен. Временные и модальные значения условного наклонения и будущего времени. Условные предложения 1-го и 2-го типов. Неличные формы глагола. Функции инфинитива, герундия и партиципа в предложении.

Зависимые и абсолютные конструкции с неличными формами. Конструкции *accusativo con infinitivo, accusativo con gerundio*.

Аналитические инфинитивные конструкции (*ir a, acabar de, ponerse a, volver a, tener que, deber de, haber que + infinitivo*), инфинитивные перифразы (*terminar de, empezar a, soler, saber, deber + infinitivo*) и выражаемые ими видовременные значения.

Герундиальные конструкции (*estar, ir, venir, seguir, quedarse, permanecer, llevar + gerundio*) и их дифференциация.

Зависимые и абсолютные партиципные обороты. Конструкции: *estar, quedarse, permanecer, ir, venir, andar, seguir, verse, hallarse + participio*. Конструкции: *tener, dejar, llevar + participio*. Коммуникативное членение предложения и способы его выражения.

РАЗДЕЛ II

Содержание и структура кандидатского экзамена по иностранному языку

На кандидатском экзамене аспирант (соискатель) должен продемонстрировать умение пользоваться иностранным языком как средством профессионального общения в научной сфере.

Аспирант (соискатель) должен владеть орфографической, орфоэпической, лексической и грамматической нормами изучаемого языка и правильно использовать их во всех видах речевой коммуникации, в научной сфере в форме устного и письменного общения.

Говорение. На кандидатском экзамене аспирант (соискатель) должен продемонстрировать владение подготовленной монологической речью, а также неподготовленной монологической и диалогической речью в ситуации официального общения в пределах программных требований.

Оценивается содержательность, адекватная реализация коммуникативного намерения, логичность, связность, смысловая и структурная завершенность, нормативность высказывания.

Чтение. Аспирант (соискатель) должен продемонстрировать умение читать оригинальную литературу по специальности, опираясь на изученный языковой материал, фоновые страноведческие и профессиональные знания, навыки языковой и контекстуальной догадки. Оцениваются навыки изучающего, а также поискового и просмотрового чтения.

В первом случае оценивается умение максимально точно и адекватно извлекать основную информацию, содержащуюся в тексте, проводить обобщение и анализ основных положений предъявленного научного текста для последующего перевода на язык обучения, а также составления резюме на иностранном языке.

Письменный перевод научного текста по специальности оценивается с учетом общей адекватности перевода, то есть отсутствия смысловых

искажений, соответствия норме и узусу языка перевода, включая употребление терминов.

Реферирование прочитанного текста оценивается с учетом объема и правильности извлеченной информации, адекватности реализации коммуникативного намерения, содержательности, логичности, смысловой и структурной завершенности, нормативности текста.

При поисковом и просмотровом чтении оценивается умение в течение короткого времени определить круг рассматриваемых в тексте вопросов и выявить основные положения автора. Оценивается объем и правильность извлеченной информации.

1. Цели и задачи кандидатского минимума

Целями являются:

- повышение исходного уровня владения иностранным языком для академических и профессионально-научных целей, достигнутого на предыдущей ступенях образования (специалитет, магистратура);
- формирование у обучаемых способности действовать в качестве субъектов международного научно-образовательного пространства, т.е. осуществлять активную межкультурную коммуникацию для решения профессиональных задач, реализации научно-практического обмена с зарубежными партнерами в рамках своей деятельности на основе использования метапредметных связей;
- развитие навыков академической (устной и письменной) коммуникации для реализации научно-исследовательской деятельности в исследуемой области.

Основными задачами являются развитие и совершенствование иноязычной коммуникативной компетенции по направлениям подготовки аспирантов (соискателей), наиболее полная реализация ранее приобретенных рецептивных и особенно продуктивных языковых навыков речевой деятельности в профессиональной сфере, в том числе:

- Расширение лексического запаса из области специализированной тематики по направлениям и профилям подготовки и общенаучной лексики;
- Углубление знаний по функционированию лексико-грамматических единиц в текстах на научную тематику в иностранном языке и их лексико-грамматических аналогов в русском языке;
- Совершенствование навыков ознакомительного, просмотрового, изучающего и аналитического чтения текстов научно-профессионального характера;
- Совершенствование умений и навыков диалогической и монологической речи в области межкультурной коммуникации;
- Совершенствование навыков письменного и устного перевода как с английского языка на русский, так и с русского на английский статей профессионального характера;
- Совершенствование умений и навыков создания и оформления результатов собственной научно-исследовательской деятельности (аннотаций, тезисов доклада, научных статей);
- Совершенствование навыков аннотирования и реферирования оригинальных научных источников профессионального характера, (обзор и изучение тезисов докладов, статей, монографий);
- Совершенствование навыков устного публичного выступления профессионального и академического характера;
- Формирование навыков работы с электронными системами, используемыми в переводческой и научно-исследовательской деятельности (Интернет-ресурсами, электронными библиотеками, научными журналами, электронными словарями);
- Развитие автономности обучающего, способности к непрерывному самообразованию в области иностранного языка в профессиональной сфере;

- Развитие когнитивных и исследовательских умений при работе с иноязычными источниками, развитие информационной культуры;
- Развитие способности критического мышления, креативности, способности самостоятельно принимать решения, общего кругозора и повышение общей культуры;
- Воспитание толерантности и уважения к духовным ценностям разных стран и народов.

2. Проверяемые компетенции

В таблице № 1 приведены компетенции, которыми должен владеть аспирант (соискатель).

Таблица № 1

УК-3	готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач;
УК-4	готовность использовать современные методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках, в том числе готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности, владение иноязычной коммуникативной компетенцией в официально-деловой, учебно-профессиональной, научной, социокультурной, повседневно-бытовой сферах иноязычного общения;
УК-5	способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития.

3. Требования к результатам освоения дисциплины

В результате изучения иностранного языка аспирант (соискатель) должен:

Знать:

- особенности артикуляции звуков иностранного языка, особенности интонации, акцентуации и ритма речи в изучаемом языке; основные особенности литературного стиля произношения, а также фонетические характеристики речи в сфере профессиональной коммуникации;
- специфику словообразования, морфологическое и деривационное строение слова, способы словообразования и терминообразования в иностранном языке;
- единицы морфологического уровня: части речи иностранного языка, грамматические категории частей речи и их морфологические аналоги в русском языке;
- единицы синтаксического уровня: словосочетание, предложение, текст, их основные категории, а также их синтаксические эквиваленты в русском языке;
- правила грамматики (на уровне морфологии и синтаксиса), основные грамматические явления, характерные для социально-бытового, научного и официально-делового (профессионального) дискурсов;
- лексический минимум, соответствующий профилю профессиональной подготовки в объеме, указанном в соответствующем ОП;
- нормы употребления лексики, специфику сочетаемости лексических единиц, стилистическую дифференциацию лексических единиц по сферам применения (бытовая, терминологическая, общенаучная, узкоспециальная, официальная и другая);
- понятия свободных и устойчивых словосочетаний, иметь представление о фразеологических единицах иностранного языка, а также их лексических и фразеологических эквивалентов в русском языке;
- основные особенности жанров и стилей речи, используемых в сфере профессиональной коммуникации;

- требования к композиционным особенностям, речевому (языковому), вербальному оформлению устных и письменных высказываний с учетом специфики иноязычной культуры;
- основные правила использования и оформления экстралингвистических компонентов текста;
- ведущие научные реферативные журналы, издающиеся в странах изучаемого языка, ведущие научно-исследовательские центры, университеты и грантообразующие организации;
- основные ресурсы, с помощью которых можно эффективно восполнить имеющиеся пробелы в языковом образовании (типы словарей, справочников, компьютерных программ, информационных сайтов сети Интернет, текстовых редакторов и т.д.).

Владеть:

- орфоэпическими, лексическими, грамматическими, орфографическими и пунктуационными нормами изучаемого языка в пределах программных требований;
- навыками перевода текстов на социально-культурную, общенаучную, узкоспециальную тематику с иностранного языка на русский язык;
- навыками самостоятельного составления высказывания (подготовленного и неподготовленного) на социально-культурную, общенаучную, узкоспециальную тематику;
- навыками составления компрессионных жанров (резюме, реферат, аннотация, обзор, библиография и т.д.) на иностранном языке;
- навыками самостоятельного написания научного доклада на иностранном языке по узкой специальности;
- приемами самостоятельной работы с языковым и речевым материалом с использованием справочной и учебной литературы, информационных технологий, ресурсов Интернета;
- нормами этикета в сферах устного и письменного научного и профессионального общения, принятыми в странах изучаемого языка.

Уметь:

- понимать на слух информацию при непосредственном и дистантном общении на иностранном языке в рамках изучаемой тематики;
- понимать информацию при чтении научно-популярной, общенаучной и специальной литературы в соответствии с конкретной целью (просмотровое, изучающее, ознакомительное, поисковое чтение) в рамках изучаемой тематики; уметь пользоваться словарями и справочниками в процессе чтения;
- передавать на иностранном языке и корректно оформлять информацию в соответствии с целями, задачами общения и с учетом адресата (фиксация информации, полученной при чтении в форме рабочих записей, плана; написание делового письма, резюме для приема на работу, заявления, заявки; заполнение формуляров, анкет; написание личного и делового письма, составление рефератов, аннотаций, обзоров и других научных и официально-деловых жанров), осуществляя при этом заданные коммуникативные намерения (запрос сведений/данных, информирование, предложение, побуждение к действию, выражение просьбы, согласия/ несогласия, отказа, извинения, благодарности);
- вести дискуссию и формулировать высказывание в процессе диалогического общения (в соответствии с целями, задачами и условиями речевого взаимодействия, а также в связи с содержанием прочитанного/прослушанного текста), осуществляя при этом определенные коммуникативные намерения в рамках речевого этикета (знакомство, представление, установление и поддержание контакта, запрос и сообщение информации, побуждение к действию, выражение просьбы, согласия/несогласия, завершение беседы);
- вести/поддерживать и заканчивать *диалог-расспрос* об увиденном, прочитанном, *диалог-обмен мнениями* и *диалог-интервью/собеседование* при приеме на работу, соблюдая нормы

речевого этикета, при необходимости используя стратегии восстановления себя в процессе коммуникации (переспрос, перефразирование и др.);

- передавать на иностранном языке информацию в форме самостоятельного связного высказывания, сообщения, доклада с использованием приемов компрессии и декомпрессии содержания;
- осуществлять письменный и поэтапный устный перевод с иностранного языка на русский и с русского на иностранный различных по жанрам текстов на социально-культурную, общенаучную, узкоспециальную тематику;
- корректно использовать в письменных текстах экстралингвистические компоненты (оформлять рисунки, диаграммы, графики, таблицы, слайды для презентаций и т.д.);
- оформлять мультимедийное сопровождение к устному связному высказыванию на научную тематику;
- составлять и оформлять аннотации на иностранном языке к научно-исследовательским работам на русском языке, в том числе и собственным исследованиям;
- оформлять заявки к участию в научных конференциях международного уровня, а также на получение грантов для осуществления дальнейшей научно-исследовательской деятельности;
- заполнять формуляры и бланки профессионального характера; вести запись основных мыслей и фактов (из аудиотекстов и текстов для чтения профессионального характера), а также запись тезисов устного выступления/письменного доклада по изучаемой проблематике;
- подготовить устное публичное выступление профессионального / научного характера.
- пользоваться словарями, справочниками, энциклопедиями, ресурсами Интернета, электронными библиотеками, электронными словарями и

программным обеспечением, необходимым для работы переводчика на современном этапе.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Подготовка к кандидатскому минимуму осуществляется в течение одного учебного семестра:

Вид учебной работы	Всего часов
занятия (всего)	16
В том числе:	
консультации	8
самостоятельная работа (всего)	8
Контроль	экзамен

5. Содержание

5.1. Содержание разделов программы

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1.	Научная лексика и перевод научных текстов	<p>Основные этапы работы над переводом.</p> <p>Виды перевода. Анализ текста: жанр, композиционная структура текста, тип речи, лексико-грамматические особенности текста.</p> <p>Стратегия перевода: учет цели перевода, типа текста и требований.</p> <p>Адекватность и /или эквивалентность перевода.</p> <p>Редактирование и оформление текста перевода.</p> <p>Грамматические трудности перевода.</p> <p>Лексические трудности перевода.</p> <p>Стилистические трудности перевода.</p> <p>Паралингвистические трудности перевода.</p> <p>Практика письменного и устного перевода текстов по специальности.</p>
2.	Реферирование и аннотирование научных текстов	<p>Типы чтения.</p> <p>Просмотровое чтение: заголовки, подзаголовки, рубрики, аннотации.</p> <p>Деление текста на главы, параграфы, части, фрагменты.</p>

		<p>Поисковое чтение: определение жанра и коммуникативной функции, основной идеи текста т т.д.</p> <p>Изучающее чтение: определение введения, основной части и заключения текста, вычленение главной и второстепенной информации в каждом разделе, логические связи текста.</p> <p>Реферативное чтение: приемы компрессии текста.</p> <p>Основные реферативные жанры: реферат, резюме, аннотация, рецензия, обзор.</p> <p>Композиционная структура реферативных жанров.</p> <p>Практические рекомендации по составлению рефератов, резюме, аннотаций и обзоров.</p>
3.	Устная коммуникация по научной тематике (составление устного сообщения о научной работе)	<p>Виды докладов: пленарный, секционный, стендовый, доклад на защите диссертационного исследования.</p> <p>Композиция доклада и структура научного дискурса.</p> <p>Оформление приветствия, способы формулирования темы, методологии, целей исследования.</p> <p>Информативная часть доклада. Формулирование выводов доклада.</p> <p>Корректирование высказывания, введение паралингвистических элементов (формул, иконографических символов и т.п.).</p> <p>Дискуссия и прения как жанры устного научного общения. Способы формулировки вопроса и типы ответа на вопрос.</p> <p>Способы передачи эмоциональной оценки сообщения: выражение согласия или несогласия, одобрения/неодобрения, удивления, недовольства и т.п.</p> <p>Экстралингвистические элементы доклада и используемые средства визуализации: стенд, слайды, презентация, мультимедийное сопровождение.</p> <p>Методы компрессионного изложения информации в мультимедийном сопровождении доклада.</p>

5.2. Разделы программы

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	консультации	СРС	Всего час.
1.	Научная лексика и перевод научных текстов	4	3	
2.	Реферирование и аннотирование научных текстов	2	3	
3.	Устная коммуникация по научной тематике (составление устного сообщения о научной работе)	2	2	
4.	Контроль знаний	экзамен		
	Итого:	8	8	16

5.3. Самостоятельная работа включает в себя следующие виды работ:

№ п/п	Наименование тем	часы
1.	<p>Основные этапы работы над переводом. Виды перевода. Анализ текста: жанр, композиционная структура текста, тип речи, лексико-грамматические особенности текста. Стратегия перевода: учет цели перевода, типа текста и требований. Адекватность и /или эквивалентность перевода</p> <p>Грамматические трудности перевода. Абсолютное и относительное употребление грамматических категорий. Подбор эквивалентов при переводе сложных грамматических конструкций Лексические трудности перевода. Особенности перевода терминов, способов формирования новой терминологии в европейских языках. Полисемия и синонимия при переводе. Приемы работы с аббревиатурами в переводе. Стилистические трудности перевода. Паралингвистические трудности перевода. Способы выражения последовательности мыслей, пояснения, уточнения или аргументация мысли; способы формулировки итогового значения текста и выводов исследования. Особенности научного стиля и функционирование лексико-грамматических единиц в научном и научно-популярном стиле.</p>	4
2.	Реферативное чтение: приемы компрессии текста. Основные реферативные жанры: реферат, резюме, аннотация, рецензия, обзор. Практические рекомендации по составлению рефератов, резюме, аннотаций и обзоров. Практика аннотирования и реферирования.	2
3.	Виды докладов: пленарный, секционный, стендовый, доклад	2

	на защите диссертационного исследования. Композиция доклада и структура научного дискурса.	
4.	Контроль знаний	экзамен
	итого	8

6. Материально-техническое оснащение при проведении экзамена

Учебная аудитория с меловой или маркерной доской для проведения консультаций. Мультимедийная аудитория или учебная аудитория с возможностью использования проектора и компьютерной техники для представления презентационных материалов обучающимися.

7. Информационное обеспечение (ресурсы свободного доступа)

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

а) программное обеспечение:

1. ОС Windows, MS Office (программа корпоративного лицензирования (Microsoft Subscription) Enrollment for Education Solutions), браузер Firefox (лицензия MPL-2.0) или браузер Chrome (лицензия Google Chrome Terms of Service); медиа-плеер (например, VLC Media Player, лицензия GPL-2), Adobe Reader (Adobe Software License Agreement).
2. ОС Linux, офисный пакет LibreOffice (лицензия MPL-2.0), медиа-плеер (например, VLC Media Player, лицензия GPL-2), ПО для просмотра pdf (например, evince (лицензия GPL-2+ CC-BY-SA-3.0)).

б) базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

1. <http://www.phrasebank.manchester.ac.uk/> - язык для устного и письменного выражения разных коммуникативных функций в рамках академического общения
2. <http://www.writing.utoronto.ca/advice> - практические рекомендации по обучению научному письму в университете

3. <http://www.academicvocabularyexercises.com/> - упражнения по курсу английского языка для академических целей

4. Общие рекомендации по написанию научной статьи - https://www.youtube.com/watch?v=fxYVyL_s3P0&t=84s

8. Учебно-методическое обеспечение

а) Основная литература

1. Голубовская Е.А., Тихонова Е.В., Мекеко Н.М. Практический курс английского языка для аспирантов: Учебное пособие. М.: Изд-во РУДН, 2018. 94 с.

2. Голубовская Е.А., Тихонова Е.В., Мекеко Н.М. Практикум по методике составления научных статей на английском языке для аспирантов: Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во РУДН, 2019. 102 с.

3. Короткина И. Б. Академическое письмо: процесс, продукт и практика: учебное пособие для вузов. Москва: Издательство Юрайт, 2019. 295 с. URL: https://biblio-online.ru/viewer/akademicheskoe-pismo-process-produkt-i-praktika-433128?share_image_id=#/

б) Дополнительная литература:

1. Тихонова Е.В., Голубовская Е.А., Мекеко Н.М. English for Scientific Presentation = Английский язык для научных презентаций: Учебное пособие. М.: Изд-во РУДН, 2016. 63 с.

2. Короткина И. Б. Модели обучения академическому письму: учебное пособие для вузов. Москва: Издательство Юрайт, 2019. 219 с. URL: <https://biblio-online.ru/bcode/441821>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Индивидуальным планом аспиранта (соискателя) на изучение дисциплины отводится 1 семестр. В конце первого семестра проводится экзамен (кандидатский минимум).

Основными формами обучения иностранному языку в аспирантуре являются групповые *консультации*, которые предполагают диалоговую форму работы с аспирантами с постоянным текущим контролем знаний, умений и навыков по основным видам деятельности: чтению, говорению, устному и письменному переводу, аудированию и письму. Консультации проводятся с применением различных технологий (презентация, дискуссия и т.п.).

Процесс обучения ориентирован на индивидуальный подход к обучающимся, формирование их автономной позиции в процессе образовательной интеракции, сопряженное с развитием творческого потенциала аспирантов и интерактивным характером усвоения изучаемого материала.

Самостоятельная работа должна быть направлена на углубленное изучение языкового и речевого материала, развитие активности аспирантов (соискателей), формирование и совершенствование навыков автономной работы с печатными и источниками и образовательными технологиями Веб 2.0, ресурсами Интернета.

9.1. Методические указания по подготовке к контрольным мероприятиям

Итоговые контрольные мероприятия по дисциплине проводятся в форме экзамена (кандидатского минимума (I семестр)). Вопросы для подготовки к итоговому контролю представлены в ФОС.

10. Фонд оценочных средств кандидатского минимума по дисциплине Иностранный язык

Допуском к экзамену кандидатского минимума является реферат.

Требования к реферату:

1. Представить оригинал и перевод с иностранного (английского) на русский язык статью объемом не менее 10 стр.(1500-2000 знаков). Тематика статьи должна соответствовать проблематике научного исследования.

2. Статья должна сопровождаться словарём, содержащим всю специальную (профессионально ориентированную) лексику статьи с переводом на русский язык и толкованием на иностранном (например, английском языке), а также транскрипционными обозначениями данных слов.

3. Подготовить 2-3 проблемных вопроса по содержанию статьи.

Критерии оценки реферата: Оценивается соответствие требованиям к структуре работы (отбор источников, наличие глоссария, вопросов по теме статьи и т.д.):

Оформление работы:

Содержание работы (использование лексических и грамматических трансформаций и контекстуальных замен, степень эквивалентности и адекватности перевода, смысловое соответствие тексту оригинала, передача значений научно-специальной терминологии).

Стилистические характеристики текста работы (соблюдение функциональных норм научного сообщения).

Заключение (реферат соответствует предъявляемым требованиям, частично соответствует, не соответствует).

Пример: 01.09.2021 An international study on psychological coping during COVID-19: Towards a meaning-centered coping style | International Journal ...
<https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-articulo-an-international-study-on-psychological-S1697260...>

Структура экзамена по иностранному языку

Кандидатский экзамен по иностранному языку проводится в два этапа: на *первом этапе* аспирант (соискатель) выполняет письменный перевод научного текста по специальности на язык обучения (реферат). Объем текста – 1500 -2000 печатных знаков.

Успешное выполнение письменного перевода является условием допуска ко второму этапу экзамена. Качество перевода оценивается по зачетной системе. *Второй этап* экзамена проводится устно и включает в себя три задания, указанные в билете:

1. Изучающее чтение оригинального текста по специальности. Объем 800-1000 печатных знаков. Время выполнения работы – 20-45 минут. Форма проверки: передача извлеченной информации осуществляется на иностранном языке (гуманитарные специальности). Перевод прочитанного со словарем.

2. Беглое (просмотровое) чтение оригинального текста по специальности. Объем – 1500–2000 печатных знаков. Текст научной статьи, рассмотренной в реферате. Время выполнения – 5-10 минут. Форма проверки – передача извлеченной информации на иностранном языке (гуманитарные специальности). *Пример статьи приложение 1.*

3. Беседа с экзаменаторами на иностранном языке по вопросам, связанным со специальностью и научной работой аспиранта (соискателя).

Пример билета

1. Прочитайте и переведите письменно с английского на русский текст по специальности со словарем. Объём – 1000 печатных знаков. Время на подготовку – 30 минут.

2. Реферирование на иностранном языке статьи, посвященной проблематике научного исследования. Время на подготовку – 5 -10 минут.

3. Беседа с экзаменатором на иностранном языке по теме научного исследования.

Критерии оценки экзамена

Оцениваются адекватность и эквивалентность перевода текста, знание научно-профессиональной терминологии, умение преодолеть лексические, грамматические и стилистические трудности / умение применить и продемонстрировать навыки аннотирования и компрессии текста, способность понимания информационной содержательной и навык передачи усвоенной информации / умение полно и аргументированно ответить на вопросы по теме диссертационного исследования и о научно-профессиональной деятельности.

Carole Warshaw and Gabriela A. Zapata-Alma

Introduction: Intimate Partner Violence, Trauma, and Mental Health

Advances in the fields of traumatic stress, child development, genetics, and neuro- science have generated more complex approaches to understanding the impact of early experiences on subsequent health, mental health, and life trajectories as well as the psychobiological impact of adult trauma. These, in turn, have expanded our understanding of the effects of interpersonal abuse across the lifespan; issues that research on intimate partner violence (IPV) and mental health have also begun to reflect (Felitti et al. 1998; De Bellis and Zisk 2014). Although past approaches failed to appropriately link social context with psychiatric symptoms and disorders, this evolving body of knowledge, particularly when grounded in domestic violence (DV) advocacy perspectives, provides a useful framework for understanding the range of mental health responses experienced by survivors of IPV (Warshaw and Brashler 2009; Warshaw et al. 2009). DV versus IPV is used in this chapter when referring to the DV field.

While viewing the effects of IPV through a trauma lens has been instrumental in shifting clinical paradigms, addressing mental health in the context of ongoing IPV raises an additional set of concerns. For example, survivors and advocates have long been aware of the ways mental health issues are used *against* survivors of IPV, not only by abusive partners but also by the systems in which survivors seek help. A study by the National Domestic Violence Hotline (NDVH) found disturbingly high rates of abuse specifically targeting survivors' mental health and substance use — tactics known as mental health and substance use coercion (Warshaw et al. 2014). Survivors reported that their abusive partners said or did things to make them feel like they were “going crazy”; coerced them into use; withheld prescription medications; discouraged or sabotaged their treatment and recovery efforts; threat- ened them with withdrawal as a tactic of control; and

used their mental health or substance use to discredit them with friends, family, helping professionals, and the courts. Stigma associated with substance use and mental illness and discriminatory system responses — particularly for survivors from marginalized communities contributes to the effectiveness of these tactics and creates additional barriers when survivors try to seek help. Recognizing the role of mental health and substance coercion and the ability of people who perpetrate IPV to leverage providers and systems against their partners is critical to addressing the complex realities that survivors face as they try to end the violence in their lives and heal from its traumatic effects (Warshaw et al. 2014). Prevalence of IPV and Other Lifetime Trauma Among People

Accessing Mental Health Services

Although attention to victimization among people receiving mental health services initially focused on the long-term effects of *childhood abuse*, rates of *adult victim- ization* appear to be equal or higher. Across studies, lifetime IPV prevalence rates average 30% for outpatient settings, 33% for inpatient settings, and 60% for psy- chiatric emergency settings. Cross-setting studies have found current IPV rates of 26% (Oram et al. 2013). In one study, over 70% of women admitted for a first psychotic episode had experienced at least one type of abuse, and 42% reported ongoing exposure (Neria et al. 2002). Rates are lower for men but concerning nonetheless.

IPV and Lifetime Trauma

For many survivors, IPV occurs in the context of other lifetime traumas. Studies have examined the links between IPV and childhood physical and sexual abuse, finding that women who are physically or sexually abused as children or who witness their mothers being abused appear to be at greater risk for victimization in adolescence and adulthood by both intimate and non-intimate perpetrators (Desai et al. 2002).

Studies in both clinical and shelter settings have found high rates of childhood abuse and childhood exposure to IPV among survivors. For people who

have experienced multiple types of victimization, IPV increases the risk of developing

posttraumatic mental health conditions, including substance use — a common method of relieving pain and coping with anxiety, depression, and sleep disruption associated with abuse (Walsh et al. 2015). These conditions, in turn, may place survivors at risk for further abuse (Warshaw et al. 2009).

Socioeconomic inequities can also expose people to victimization, compounding their risk for developing trauma-related sequelae. People experiencing poverty have the highest risk of being victimized throughout their lives (Goodman et al. 2009; Breiding et al. 2017). Structural inequities, ongoing legacies of historical trauma, and insidious forms of social and cultural victimization (e.g., microaggressions) are also associated with a range of traumatizing effects (Root 1996; Bent-Goodley 2007; Miller et al. 2016; Brockie et al. 2015). While IPV itself is associated with a range of psychological consequences, people living in disenfranchised communities face multiple sources of stress in addition to violence, including discrimination, poorer health status, and reduced access to critical resources, all of which can increase psychological distress (Sotero 2006; Myers, H.F. et al. 2015a).

IPV and Psychiatric Disability

While most survivors do not develop psychiatric disabilities, people living with these conditions are at greater risk of abuse. Poverty, homelessness, institutionalization, unsafe living conditions, and dependence on caregivers exacerbate these risks, increasing targeting by a range of perpetrators — within families, on the streets, in institutional/residential settings, and by intimate partners (Goodman et al. 1995; Warshaw et al. 2009). General population studies have found higher rates of IPV among people living with psychiatric disabilities (Khalifeh et al. 2015; Shah et al. 2018). In addition, IPV is often a precipitant to homelessness (Gilroy et al. 2016), and one study found that a significant majority of women with psychiatric disabilities experiencing homelessness had been abused by an intimate partner (Ramos et al. 2004).

Although psychiatric crises — including psychotic episodes — are often precipitated by recent trauma, clinicians may misinterpret disclosures of abuse as delusions, leaving survivors vulnerable to further victimization. At the same time, abusers may actively try to induce psychotic symptoms by withholding medication, interfering with healthy routines, or coercing their partner to take drugs. Symptoms of trauma can be misattributed to psychotic disorders, heightening the potential for misdiagnosis and treatment that do not address safety needs.

Mental Health Impact of IPV

Research has consistently found that exposure to abuse is a significant factor in the development and exacerbation of psychiatric conditions and influences the course of recovery (Walsh et al. 2015). Both random population studies and studies conducted in clinical settings indicate that IPV places individuals at significantly higher risk for depression, anxiety, PTSD, eating disorders, chronic pain, insomnia, substance use

disorders, suicide attempts, and experiencing greater unmet mental health needs. Experiencing multiple forms of IPV significantly increases this risk (Beydoun et al. 2017; Dillon et al. 2013).

Depression and IPV

Depression is a frequent consequence of IPV (Bacchus et al. 2018). Recency and severity of violence as well as the cumulative burden of trauma, particularly sexual assault and childhood abuse, contribute to the development and severity of depression in this context. People who experience IPV have triple the risk for developing major depressive disorder and nearly double the risk for postpartum depression (Beydoun et al. 2012). At the same time, cessation of exposure to IPV and social support are associated with significant reduction in symptoms (Coker et al. 2002; Warshaw et al. 2009).

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Complex Trauma, and IPV

Interpersonal violence is associated with higher rates of PTSD than other types of trauma and is more likely to become chronic and of longer duration. This is especially true for women who are more than twice as likely as men to develop

chronic PTSD (Breslau et al. 1997). Rates of PTSD among women survivors of IPV are estimated between 45% and 84% with a weighted mean prevalence across studies of 61% (Dejonghe et al. 2008). Data also suggest that PTSD risk increases with the duration and severity of abuse and the number of types of IPV experienced, including psychological abuse and sexual violence, which carry independent risks. Lower levels of social support have also been associated with higher rates of PTSD among women experiencing IPV (Coker et al. 2004). In addition, survivors frequently experience additional layers of stress not captured by PTSD diagnostic criteria but which nonetheless contribute to symptoms (Kaysen et al. 2003; Warshaw et al. 2009).

While cross-sectional studies provide a window into symptoms that are present at a time of crisis, several longitudinal studies have looked at the course of PTSD among survivors of IPV. One study found that while 42% of women in shelter met criteria for PTSD, only 14% did so one year later (Mertin and Mohr 2001). As with depression, safety and social support contribute to improvement in PTSD for some individuals (Johnson and Zlotnick 2012). For others, PTSD becomes chronic and may benefit from more intensive treatment (Johnson et al. 2011). For individuals who are still at risk, symptoms may be an adaptive response to ongoing danger and coercive control. For many survivors, the abuse may continue long after they have left — through stalking, prolonged divorce or custody hearings, visitation, and retraumatization by legal and/or other systems (Davies and Lyon 2013).

Although less well studied, survivors of IPV may also experience more complex posttraumatic responses, particularly if they were abused in childhood, if the IPV is more prolonged and severe, and/or if they experienced polyvictimization. Childhood abuse and entrapment in an abusive relationship are qualitatively different from many other types of trauma. As several authors describe, they are premeditated, ongoing, and most often perpetrated by someone whom the person being victimized is attached to and dependent upon (Courtois and Ford 2016). Collective forms of trauma also involve betrayal of trust, loss of

resources, and disruption of traditional community supports. Complex trauma approaches take into account the multiple aspects of people's sense of self and community that can be impacted by trauma — aspects which are also important to survivors of IPV (Warshaw et al. 2013).

IPV and Suicide

IPV significantly increases suicide risk among adolescents and adults (Silverman et al. 2001; Devries et al. 2013), with rates of suicidal ideation and attempts found to be three and four times higher among women who have experienced IPV (Dillon et al. 2013). In community samples, 23% of women experiencing IPV reported a past suicide attempt versus 3% without a history of IPV, and 36.8% of IPV survivors seriously considered suicide (Pico-Alfonso et al. 2006). Likewise, higher rates of IPV have been found among women with suicidal ideation or attempts. A 2002 study by Thompson et al. reported that African American women who attempted suicide were

2.5 times more likely to have experienced physical abuse and 2.8 times more likely to have experienced emotional abuse by an intimate partner than demographically similar women who had not been abused. In another study, over 90% of women hospitalized with suicidal ideation reported current and severe IPV (Heru et al. 2006)

Mental Health Treatment in the Context of IPV

Mental health care for survivors of IPV involves a combination of specific interventions related to safety, confidentiality, access to resources, and treatment for the range of symptoms associated with abuse. While important strides have been made in trauma treatment, research specifically addressing treatment for survivors of IPV remains limited. Over the past 40 years, however, treatment recommendations have evolved into consensus models of care that can be integrated into appropriate evidence-based and/or emerging multi-dimensional treatment approaches (Warshaw and Brashler 2009).

Preparing to Address IPV

Integral steps in preparing to address IPV include becoming knowledgeable about the dynamics of abuse; adopting a culturally responsive, trauma-informed approach (Warshaw et al. 2018a); centering survivors' self-defined goals and concerns; developing relationships with local DV experts; and attending to safety and confidentiality. Incorporating an Accessible, Culturally Responsive, IPV/Trauma-Informed Approach

Specific elements of welcoming practice environments include: displaying materials that reflect the range of cultures and communities being served, ensuring full accessibility (language, sensory, cognitive, mobility, etc.), proactively creating a diverse and representative workforce, and working in collaboration with community-based groups to ensure that services reflect self-defined community needs. Policies and practices that support clinicians' efforts to address complex issues; that provide adequate supervision and peer support; and that allow for the provision of more time-intensive treatment modalities, resource advocacy, and cross-sector collaboration are also key (Warshaw et al. 2018a).

Culture influences how individuals experience and describe symptoms, the complexity of stressors they may encounter, strategies for seeking help, coping styles, and sources of social support (Satcher 2001). Culturally responsive approaches include welcoming survivors' experiences of culture as they define it and creating opportunities to discuss how culture influences their perceptions of abuse, access to services, response to interventions, perspectives on staying with an abusive partner, the constraints they may face in leaving, and sources of meaning and support (Warshaw et al. 2013).

An IPV/trauma-informed approach recognizes how a survivor's individual and collective history as well as threats to current safety can affect their symptoms and presentations, their experience of clinical relationships, and their responses to treatment, while also taking a de-pathologizing stance that focuses on resilience and strengths. Symptoms are understood as adaptive responses to intolerable experiences and/or a realistic response to ongoing danger. For example, observations of

hyperarousal or hypervigilance may be necessary survival responses to ongoing threats. Holding an empathic understanding of coping strategies that survivors experience as shameful can also reduce the likelihood of responding in ways that are damaging to the therapeutic alliance, which is central to the process of healing. Self-awareness, consultation, and peer support are all features of this approach, enhancing the prospect for therapeutic success by addressing the impact of this work on providers (Warshaw and Brashler 2009).

Incorporating a DV-Advocacy Approach in Clinical Services

Consistent with recovery-oriented approaches, IPV-informed treatment is rooted within a DV-advocacy framework that centers survivors as the experts on their own lives. This includes facilitating (rather than directing) change by helping survivors to become aware of their options and gain access to resources while supporting their decision-making. While motivational approaches can help individuals to address symptoms arising from behavioral health conditions, empowerment-based approaches that support survivors' decisions and choices are better suited to the context of IPV. Helping a survivor to understand the roots of his or her current feelings, symptoms, and situations, or working on changing cognitions and behaviors they feel are getting in their way can be helpful in the right context. These same approaches can be harmful when they are misapplied, particularly in the context of ongoing IPV. The influence of earlier abusive relationships on survivors' abilities to find safe and mutually respectful relationships as adults is better addressed when they are no longer under siege by an abusive partner. Timing and sensitivity are critical so as not to increase self-blame (Warshaw and Brashler 2009).

Attending to Privacy and Confidentiality

While assessment is often considered the first phase of treatment, disclosure of abuse can pose risks to survivors. People who perpetrate IPV are skilled at manipulating the systems their partners turn to for help, so all clinical and documentation procedures should be considered through the lens of safety to guard against practices that increase survivors' risk. Strengthening confidentiality

practices and communicating the limits of confidentiality are necessary for survivors' safety. How information is collected, stored, used, and reported for billing purposes, as well as how records can be accessed and by whom, are important to clarify as a part of informed consent to treatment. Given the risks survivors face in disclosing IPV, it is important to provide access to information and resources without requiring self-disclosure (Warshaw and Tinnon 2018).

Because disclosure carries the risk of retaliatory violence, asking about IPV requires that measures be taken to maintain privacy and confidentiality. Consensus guidelines are clear with regard to not asking about abuse in the presence of someone who may be abusive or in the presence of another person they have not privately identified as safe (Warshaw and Brashler 2009). In addition, questions should not be asked during a couple's therapy session in the presence of a person providing collateral information (even if an individual is unable to speak for themselves at the time) or in mailed or online forms. Because people who perpetrate IPV often resist being separated from their partners, strategies for safely separating individuals from accompanying parties prior to inquiry about abuse should be developed in advance. At the same time, a person's desire to have their support person present must be respected. If the person declines being interviewed individually, then questions about potential abuse should not be raised at that time. If an individual calls on the phone, establish whether or not it is safe for them to discuss these issues using yes/no questions before inquiring about abuse (Warshaw et al. 2018b).

Attending to Physical and Emotional Safety

Safety is paramount for all survivors of abuse. This means considering physical and emotional safety within the treatment setting, as well as when travelling to and from the site.

Survivors consistently report that the quality of the clinical interaction impacts how they respond to questions about abuse. The experience of being treated with respect can be therapeutic in itself. Clinical interactions can provide an opportunity for survivors to experience others as trustworthy and safe, to counter

abuse-related dynamics they may have internalized, and to regain a sense of connection with themselves and others. Establishing trust may be part of a much longer therapeutic process, particularly for those whose trust has been continually betrayed (Courtois and Ford 2016). Clinicians can cultivate emotional safety by communicating in ways

that help to destigmatize symptoms, normalize responses to abuse, and offer information, choices, and hope. The power imbalances inherent to clinical interactions require conscious attention. Survivors are particularly attuned to relational dynamics. This is of particular concern for clinicians who use directive treatment modalities or work in settings that require adherence to a specific treatment plan. Reflective supervision is essential for supporting collaborative clinical care.

Intake and Assessment

Routine Inquiry and Assessment

Because presentations of IPV vary, inquiring only when abuse is suspected will result in missing significant numbers of individuals who are at risk. Many survivors are still in danger at the time they seek help. Assessing ongoing safety and risk for harm is essential when working with survivors and should be incorporated into initial and ongoing assessment. Resources on danger assessment and safety planning can be found at www.dangerassessment.org and Davies and Lyon (2013).

Numerous studies have demonstrated that the manner in which clinicians ask about abuse and how clinicians respond to disclosure impact a person's level of comfort in discussing these issues (Feder et al. 2006). While it is critical to establish privacy before inquiring about current IPV, being alone in a room with the provider may act as a trauma reminder, particularly for a person who experienced abuse by someone in a caregiving role. Hearing “what goes on between us will not leave the room,” may be frightening, rather than reassuring, to someone who was sexually abused as a child (Harris and Falot 2001). For others, routine history taking may feel like an interrogation. Discussing these issues at the

outset and providing options for how to proceed can help to mitigate some of these concerns.

Incorporating Awareness of IPV and Mental Health Coercion into Assessments

There are many ways to integrate conversations about IPV into assessment processes that communicate to individuals that this is a common experience, that they will not be judged, and that there are resources available that can help. Framing questions can provide information about IPV even when a person chooses not to disclose at the time. Descriptive questions about specific forms of abuse that avoid the use of labels help people to recognize abuse patterns, rather than putting them in a position of trying to decipher whether their partner's behavior qualifies as “abusive.” For any person in imminent danger, safety concerns need to be attended to along with facilitating access to a DV-hotline or program, where survivors can be connected with supports that help increase safety. Because mental health coercion is insidious and pervasive, these questions can be used to specifically address this kind of abuse.

It is important to assess the pattern of abuse and the level of control their abusive partner has over their lives. Working together to identify patterns related to the degree of control, isolation, and fear, as well as identifiable signs of impending violence, can elucidate the ongoing nature of the abuse both for the clinician and survivor. That said, providers will need to pace these conversations and allow them to organically unfold over time as a trusting therapeutic relationship is developed.

Previous Trauma History

The timing of questions about abuse experiences should be geared toward an individual's ability to respond without being overwhelmed, particularly if they are currently experiencing a crisis. While inquiry about trauma is an integral aspect of a comprehensive assessment, it may be more effective to ask a general question during the initial assessment process, such as “Are there other painful or

frightening experiences that you think may be related to how you are feeling now?” While some people may seek treatment for symptoms explicitly related to a particular traumatic experience, not everyone will link their current distress to such events. A less invasive way of addressing trauma during an initial assessment is to ask individuals about potential symptoms (such as flashbacks or nightmares) which can be addressed in treatment planning, rather than directly asking about previous traumatic events. Because conducting a trauma history can be retraumatizing, informing individuals of what will be asked and why, checking to see if they are comfortable proceeding, attending to signs of trauma activation, and ensuring that they have someone to talk with should the need arise, are critical (Warshaw and Brashler 2009).

Coping and Survival Strategies

A key component of empowerment-based interventions involves discussing a survivor's abilities and skills, as well as sources of strength and support. Providers can help survivors identify the strengths they use to survive and resist abuse and reframe

perceived weaknesses as survival strategies. A strengths-based assessment provides a more holistic understanding of the individual and provides an opportunity to recognize their beliefs, hopes for creating a better life, and persistence in the face of uncertainty and fear (Warshaw and Brashler 2009).

Incorporating IPV-Specific Interventions into Mental Health Practice

Offering Information

Sharing information about the dynamics of abuse and available resources can help decrease isolation, shame, and psychological entrapment while offering a sense of hope and connection. Information about trauma and the impact of abuse can help survivors gain perspective on their own responses and address internalized stigma, which, in turn, facilitates the development of coping skills. Noncoercive information sharing entails asking permission before providing information, as well as making written materials available for individuals to access without self-disclosure. When offering written materials, help individuals consider

whether it is safe to keep them. Some may need assistance erasing their digital footprint or using devices other than their own when accessing digital materials (NNEDV 2011).

Addressing Mental Health Coercion

Since many abusive tactics are directed at sabotaging treatment engagement and recovery, clinicians need to be able to counteract these tactics as part of treatment. Approaches that dispel stigma are crucial to neutralizing an abusive partner's use of stigma to demean, control, and isolate their partner. In practice, flexibility with rescheduling, strategizing around safer appointment times, considering alternate modes of engagement (e.g., telehealth), and support with maintaining control of prescriptions, are critical to safety when a person's efforts to engage in treatment are being sabotaged or could increase their risk of being stalked (Warshaw and Tinnon 2018).

Trauma Treatment in the Context of IPV

While there are numerous interventions designed to support recovery from interpersonal trauma, most are designed to address past trauma. Responding to trauma in the context of IPV raises an additional set of concerns, particularly when survivors are still at risk. In addition, mental health coercion can limit realistic treatment options (Warshaw et al. 2013).

Although rigorously evaluated treatments designed specifically for survivors of IPV are still limited, there are a number of evidence-based interventions that have shown efficacy in reducing depression and PTSD among survivors. Similar to the trauma treatment literature in general (Bisson et al. 2013), treatment modalities empirically tested with survivors of IPV have largely drawn on traditional cognitive behavioral therapy, prolonged exposure therapy, and interpersonal therapy, in addition to a handful of studies of mind-body practices, dialectical behavioral therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and interventions designed to support parents of children exposed to IPV. Outcomes are significantly enhanced when interventions are: specifically adapted for IPV, delivered individually, and treatment length is longer (Arroyo et al. 2017). Few

interventions, however, are designed for survivors from culturally specific communities (Warshaw et al. 2013) or address, “the complexity of responding to IPV in real-world settings” (Arroyo et al. 2017; Hackett et al. 2015).

This raises the question of what kinds of adaptations would make the most difference, and what are the real-world complexities that are important to factor into effective trauma treatment. A number of key elements have been identified as important to survivors, including attention to: (1) ongoing risk and coercive control as well as specific barriers survivors face; (2) the cumulative effects of trauma across the lifespan, including collective trauma; and (3) culturally specific values, priorities, and concerns (Warshaw et al. 2013).

Ongoing risk and coercive control.

For a number of interventions, this includes identifying risks to safety, establishing safety self-care and protections, and conducting safety check-ins, as well as providing financial and legal supports (Johnson et al. 2011; Sullivan and Bybee 1999; Hansen et al. 2014; Dutton et al. 2013). Some include modules on specific issues identified by survivors as important to their recovery, such as strategies for handling future contact with an abusive partner (often related to joint or contested custody) and strategies for preventing future abuse (Kubany et al. 2004). None specifically addresses the more complex risks survivors face (e.g., housing and economic insecurity, legal issues, etc.) aspects that DV advocates are generally more equipped to take on (Harb et al. 2018).

Cultural considerations.

Ensuring access to interventions that are culturally meaningful is another key treatment priority. Given that identities are often multi-layered, “culture” has different meanings and resonates in different ways for individuals across time. For some, trauma reminders may be embedded in cultural experiences. For others, culturally specific approaches may be more transformative, particularly when a person's own sense of well-being is integrally tied to the well-being of their family and community (Packard 2016).

Cumulative trauma.

While many survivors have experienced multiple types of trauma, only a few IPV-specific interventions directly address these issues. Complex trauma treatment approaches address an array of trauma effects and offer more nuanced approaches to healing, with more meaningful outcomes. Originally designed for survivors of childhood abuse and neglect, they appear to be helpful to IPV survivors as well, particularly those whose experiences of abuse have been more prolonged and severe. Complex trauma models attend to many of the domains that can be affected by interpersonal trauma, although they generally do not address IPV-specific concerns. However, there are now several IPV-specific interventions that have incorporated a phase-based complex trauma approach (Hansen et al. 2014; Johnson et al. 2011) or modifications thereof (Covington et al. 2008). Two interventions that have been successfully used with adult survivors of childhood trauma have also been adapted for survivors of IPV: Seeking Safety (Myers et al. 2015a) and DBT (Iverson et al. 2009). Both emphasize safety and stability as a first step accompanied by the development of skills. Given that establishing safety and stability are so critical for IPV survivors, these approaches may be particularly applicable for survivors who are still at risk.

All of this speaks of the importance of safety prior to engaging in more intensive trauma work. At the same time, for some survivors, it is the trauma-focused work that makes it possible to establish safety and stability. Studies are still needed to understand the range of factors that contribute to healing, their optimal sequencing, how they can be adapted to meet individual circumstances, as well as whether there are differences in treatment effectiveness for survivors who have experienced other types of trauma, including collective trauma. A number of communities have mobilized to address the intersecting issues of IPV and ongoing legacies of historical trauma and structural violence (Warshaw et al. 2013). Under these circumstances, healing is often inextricably linked with transformative justice and the knowledge that creating safety, stability, and healing is not just the responsibility of individual survivors.

Parenting Support and Child Well-Being

People who perpetrate IPV often actively try to undermine their partners' relationships with their children, creating risks for children's development and their physical and mental health. While exposure to IPV can impact children's well-being and increase the risk for child welfare involvement, research consistently shows that attachment to the non-abusive primary caregiver is most protective of children's resilience and development. Research has also shown that prevention and early intervention efforts are effective in reducing child abuse and IPV. Clinicians can support parenting by affirming and documenting survivors' efforts to safeguard their children, as well as employing interventions that support parent-child attachment (Lieberman et al. 2005).

Collaborating with the DV Field

The DV field is an important resource in a survivor's overall strategy for accessing safety and support. DV advocates are well positioned and experienced in linking to safety resources, including shelter, legal protections, and ways to be safer if survivors remain at home. Advocates routinely support survivors who need to interface with complex systems, including child protective services, public aid, immigration remedies, and legal systems. Developing working relationships with DV programs can also support clinicians and increase the likelihood that survivors will receive the range of services they need. Not all DV programs have the resources to shelter individuals with more acute mental health symptoms. However, working closely with a mental health provider can make a difference in the extent to which shelters are able to serve survivors who are experiencing mental health needs (Phillips et al. 2020).

Safety Planning and Crisis Response

Safety Planning

Most clinicians are already familiar with helping individuals to develop strategies for keeping themselves safe at times when symptoms present increased risks; a person who is being targeted by an intimate partner can also benefit from having someone to work with in analyzing their situation, identifying risks, and

thinking through specific strategies to increase their safety. Safety planning strategies are based on the consensus experiences of survivors and advocates with more than 30 years. Research on this issue is limited, but there have been some randomized controlled trials indicating positive effects (Sullivan 2017).

While DV advocates are important resources for safety planning, clinicians can support survivors by helping to assess danger, discuss options, and access DV resources. If a survivor is in immediate danger, DV hotlines are accessible 24/7 and can assist with safety planning.

Safety planning is an ongoing process that responds to changing circumstances. While having a written plan may be useful for a given survivor, clinical documentation should be more circumspect (e.g., “Strategies for increasing safety were discussed... client will continue to weigh the risks and benefits over time.”). Written safety plans should not be incorporated into formal treatment plans or placed in a clinical record since these can be used against survivors (Warshaw and Brashler 2009).

For survivors who are living with a disabling psychiatric condition, there are a number of additional dimensions to consider. Safety planning may need to address safety from members of their social network as well as by a partner. In addition to addressing physical, emotional, and sexual safety, it should attend to potential mental health coercion, including guardianship and advance directives. Plans need to be developed based on the individual's cognitive strengths, while taking into account what strategies and language will remain clear during a crisis. Examples include: using simpler, more concrete language; using teach-back methods to check that the provider is using understandable language; helping them to recognize early signs of dissociation and identifying strategies they can use to bring themselves back; or helping people develop ways to self-soothe if anxiety is making them difficult to concentrate (Harris and Falot 2001).

Psychiatric Advance Directives

A psychiatric advance directive (PAD) is a tool that can be utilized in conjunction with safety planning so that survivors can designate whom they do and

do not want to be informed about and/or involved in their treatment, and who they want named as the attorney-in-fact to make decisions on their behalf if they are unable to do so. PADs also delineate treatment modalities that are or are not acceptable to them if they are ever in a position where they are unable to make these decisions for themselves. As a part of safety planning, it is important to find out if a survivor already has a PAD and if so, who is the designated attorney-in-fact and what their relationship is to the abusive party.

While mental health crisis assessment involves determining whether an individual poses *a danger* to themselves or others, crisis evaluation should also assess whether a person is *in danger from* others. If a person states they are in imminent danger from another person, addressing immediate safety needs takes precedence. Asking questions that can be answered with a “yes” or “no” may be safer in situations when the person is communicating via phone and it is unclear whether they are alone and can safely discuss their situation.

Suicide Risk

Given the relationship between IPV and suicidality, clinicians need to apply awareness of IPV to interventions in suicidality. For example, from a suicide crisis line perspective, asking if the caller is alone and then discovering that someone is there with them may come as a relief. However, from an IPV perspective, the person who is with them might be an abusive partner or family member who may, in fact, be contributing to the crisis and making the caller less safe. Similarly, a third-party caller may seem genuinely concerned about their partner's suicidality, requesting advice about what to say as well as information about how to access inpatient psychiatric services. While this level of concern and support can be both reassuring and helpful in marshaling a plan for safety and support, from an IPV perspective, however, the caller might be an abuser who is trying to have their partner committed as a tactic of intimidation and control and/or to undermine their partner's ability to retain custody of their children (Warshaw et al. 2018b). Recognizing how IPV can play out in a suicide crisis provides additional perspectives for listening and responding to individuals who are dealing

with both suicidality and IPV. When assessing plans and means for attempting suicide, it is important to consider what medications may have been prescribed to the survivor given that survivors experience higher rates of chronic pain and are more likely to be prescribed opioid analgesics and other psychotropic medications, which in turn may contribute to overdose risk and suicide (Oquendo and Volkow 2018; Balousek et al. 2007).

Homicidality

Homicidal ideation also warrants emergency psychiatric evaluation. Actual homicide attempts by survivors against an abusive partner are not common. In the majority of cases, survivors who kill their partners have been severely abused for long periods of time, feel that they are in imminent danger, and believe they have no other choice to prevent the murder or serious injury of themselves or their child(ren). Assessing a survivor's level of risk from their abusive partner and discussing safer alternatives can help diffuse the immediate danger (Velopulos et al. 2019). As with a suicide assessment, the clinician assesses whether the survivor has a plan and access to the means to carry out that plan. When survivors perceive homicide as their only option for safety, discussing other options available to them may help the survivor rescind homicidal intent and contract for safety. If the person does have a plan, “duty to warn” considerations come into play. When the survivor's intent to harm is a desperate means of self-defense, clinicians must intervene to protect *the survivor* as well as the target of their homicidality (i.e., their abusive partner). Discussing the possibility of safety measures such as being transported to out-of-state shelters, relocation, witness protection plans, and temporary hospitalization can provide alternatives to homicide when it is driven by the need for protection. In fact, as safer alternatives for survivors have become more prevalent (i.e., shelter, police/ court services), homicides of male perpetrators of IPV have decreased.

Best Practices for Clinical Documentation

Documentation practices that protect the individual's confidentiality are essential, regardless of whether the provider is aware of any history of IPV. Any

information that becomes available to a person who abuses his or her partner can increase that person's danger, including their location, the fact that they are seeking treatment, and/or that they disclosed the abuse.

Documentation of IPV and its behavioral health consequences can be of help if their behavioral health becomes an issue in a legal case, particularly in custody proceedings, divorce settlements, civil damages, or immigration cases. Collaborative documentation practices can foster transparency and empowerment. It is especially important for individuals whose information may be used against them to be able to access and contribute to their clinical records. Be mindful of how diagnoses and medications might be used against the survivor. It is important to document descriptions of abusive experiences in a person's own words, particularly when there is the potential for legal action. Documentation should reflect how symptoms result from or are exacerbated by the abuse, as well as the potential for them to subside once the person has access to safety, resources, and support. Providers should document any attempts by an abusive partner to interfere with the survivor's treatment, as well as any attempts to influence the provider's perception of the survivor. Documentation should also describe an individual's strengths, coping strategies, ability to care for their children, and the efforts they have made to protect them. Indications of their parenting ability and the child(ren)'s attachment to their non-abusive parent (e.g., observations of interactions with their child(ren), discussions that demonstrate their attunement and concern) should also be clearly documented. Good documentation and informed consent can help mitigate issues when records are subpoenaed; however, protecting sensitive information is always critical given ongoing stigma and the risks posed by an abusive partner (Warshaw and Tinnon 2018).