



# Postępowanie u dorosłej ofiary napaści seksualnej

JUDITH A. LINDEN, MD

N Engl J Med 2011; 365: 834–841

Artykuł rozpoczyna się od krótkiego opisu przypadku przedstawiającego częsty problem kliniczny. Następnie przedstawiono dane przemawiające za różnymi strategiami postępowania oraz przegląd oficjalnych wytycznych, jeśli takie zostały opracowane. Na koniec artykułu autorka przedstawia własne zalecenia kliniczne.

**D**wudziestolatka kobieta zgłosiła się do szpitalnej izby przyjęć, podając, że 24 godziny wcześniej padła ofiarą napaści seksualnej. Opowiedziała, że mężczyzna, którego poznała na przyjęciu na kampusie, odprowadził ją do jej mieszkania i tam ją zaatakował i zgwałcił, włącznie z penetracją dopochwową. Nie zgłosiła napaści na policję, ale opowiedziała o wszystkim przyjaciółce, która nakłoniła ją do zgłoszenia się do szpitala. Jak powinny wyglądać ocena i leczenie u tej pacjentki?

## Problem kliniczny

Napaść o charakterze seksualnym stanowi szeroki termin, obejmujący gwałt, nieakceptowane dotykanie narządów płciowych, a nawet wymuszone oglądanie pornografii lub zmuszanie do czynności o charakterze pornograficznym. Gwałt jest pojęciem prawnym, które w Stanach Zjednoczonych odnosi się do penetracji dowolnego otworu ciała (usta, pochwa lub odbyt) związanej z użyciem siły, groźbą użycia siły lub brakiem możliwości sprzeciwienia się (tj. w związku z młodym lub starszym wiekiem ofiary, jej niesprawnością poznawczą lub fizyczną, bądź też pozostawaniem pod wpływem narkotyków lub alkoholu) oraz

z brakiem zgody na takie czynności. Definicja gwałtu obejmuje gwałt małżeński, chociaż udowodnienie tego często opiera się bardziej na dowodach stosowania przemocy.

Napaść o charakterze seksualnym jest złożonym problemem obejmującym aspekty medyczne, psychologiczne i prawne. Duże populacyjne badania przekrojowe wskazują, że częstość zaistnienia tej sytuacji w ciągu całego życia wynosi od 13 do 39% dla kobiet i 3% dla mężczyzn.<sup>1,2</sup> Te dane są najprawdopodobniej niedoszacowane, ponieważ w większości dużych badań nie oceniano najbardziej narażonych populacji (np. osób bezdomnych, mieszkających w schroniskach lub przebywających w instytucjach zamkniętych lub ośrodkach opiekuńczych). Niektóre populacje są bardziej narażone na ryzyko napaści seksualnych, zwłaszcza osoby niesprawne fizycznie lub umysłowo, bezdomni, geje, lesbijki, osoby biseksualne lub transseksualne, nadużywające alkoholu lub stosujące narkotyki, studenci wyższych uczelni, a także osoby w wieku poniżej 24 lat.<sup>3-6</sup> Coraz częściej zwraca się uwagę na napaści seksualne ułatwione przez stosowanie alkoholu i narkotyków, czasami przyjmowanych przez ofiarę dobrowolnie, które wśród studentów wyższych uczelni są częstsze niż typowe napaści z użyciem siły.<sup>3,7</sup>

Tylko 16-38% ofiar gwałtu zgłasza te zdarzenia stróżom prawa, a tylko 17-43% zgłasza się po gwałcie do lekarza. Jedna trzecia ofiar gwałtu nigdy nie informuje o tym swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.<sup>1,2,8,9</sup> Mimo że ten przegląd dotyczy oceny klinicznej u kobiet, mężczyźni również mogą trafiać do lekarza jako ofiary przemocy sek-

Boston University School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Boston Medical Center, Boston, Massachusetts. Adres do korespondencji: Dr Judith A. Linden, Department of Emergency Medicine, Boston Medical Center, 1 Boston Medical Center Pl., Dowling 1 South, Boston, MA 02118, USA; e-mail: jlinden@bu.edu

sualnej. Mężczyźni zgłaszający obrażenia fizyczne niechętnie informują o seksualnym komponentcie napaści.<sup>10</sup>

Jeśli nawet nie doszło do obrażeń fizycznych, co dotyczy blisko połowy przypadków, ofiary są często przerażone, zdruzgotane emocjonalnie i zakłopotane. Często boją się, że spotkają się z niedowierzaniem lub że informacje o gwałcie zostaną ujawnione publicznie.<sup>1</sup> Mogą również obawiać się o własne bezpieczeństwo, jeśli znają napastnika lub napastnik ma dostęp do osobistych informacji na temat ich osoby.<sup>1,2</sup> Wiele ofiar gwałtu wątpi, że uda się oskarżyć napastnika, a obawy te są często uzasadnione: w Stanach Zjednoczonych udaje się wnieść zarzuty w mniej niż połowie przypadków gwałtu.<sup>11,12</sup>

Niniejszy przegląd dotyczy dorosłych pacjentek, które stały się ofiarami przemocy seksualnej, i skoncentrowano się w nim na krótkoterminowej opiece. Opieka nad dzieckiem będącym ofiarą nadużyć seksualnych różni się pod wieloma względami i ocenę w takich przypadkach powierza się lekarzom specjalizującym się w przypadkach wykorzystywania dzieci.

## Strategie i dowody

Ofiary gwałtów trafiają często do szpitalnych izb przyjęć (oddziałów ratunkowych), ale mogą również zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli ofiara zgłasza się w przedziale czasowym umożliwiającym zebranie materiału dowodowego i życzy sobie zebrania takich dowodów, w zależności od lokalnych ustaleń takie osoby należy kierować do miejscowego ośrodka dla ofiar gwałtu lub szpitalnego oddziału ratunkowego. Przedział czasowy, w którym można zebrać dowody, zależy od miejscowych przepisów prawnych i wynosi od 72 do 120 godzin. Ocena i leczenie ofiar napaści seksualnych wymagają szybkich działań, które optymalnie powinny być podejmowane przez zespół obejmujący lekarza medycyny ratunkowej lub innego lekarza sprawującego nadzór nad całością postępowania medycznego i leczeniem obrażeń, osobę wyszkoloną w badaniu ofiar napaści seksualnych, a także pracownika socjalnego lub osobę specjalnie przeszkoloną do udzielania pomocy ofiarom gwałtu (rape crisis counselor), która ma doświadczenie z ostrymi reakcjami na gwałt i może zaoferować wsparcie, przedstawić różne możliwości działania, a także objaśnić pacjentce postępowanie szpitalne. Pracownicy socjalni służący pomocą ofiarom gwałtu zapewniają również wsparcie rodzinie i przyjaciółom ofiar. W niektórych ośrodkach pracują pielęgniarki wyspecjalizowane w badaniu ofiar napaści seksualnych (sexual assault nurse examiner, SANE), które zostały odpowiednio wyszkolone i mają duże doświadczenie w tej dziedzinie. Są one odpowiedzialne za ocenę obrażeń u ofiar, ich obiektywne udokumentowanie oraz zebranie materiału dowodowego, zapewniając jednocześnie ciągłość nadzoru nad materiałem dowodowym, oferując wsparcie oraz odpowiednio kierując pacjentki dalej. Zapewnienie ciągłości nadzoru

nad materiałem dowodowym wymaga udokumentowania działań związanych z użyciem zestawu do zbierania dowodów od chwili jego otwarcia do momentu zapieczętowania i umieszczenia w bezpiecznym miejscu. W niektórych regionach działają multidyscyplinarne zespoły reagowania w przypadkach napaści seksualnych (sexual assault response team, SART), które zapewniają skoordynowane działania personelu opieki zdrowotnej, specjalistów medycyny sądowej, miejscowego ośrodka dla ofiar gwałtu, stróżów prawa oraz służb prokuratorskich. W Stanach Zjednoczonych funkcjonuje obecnie około 650 programów SANE lub SART. Istnienie takich programów wiąże się z większą zgodnością postępowania z opublikowanymi wytycznymi, lepszą jakością zbieranych materiałów dowodowych, a także większym prawdopodobieństwem skutecznego wniesienia oskarżenia w porównaniu z rutynowym postępowaniem.<sup>13-17</sup>

## OCENA OSTRYCH OBRAŻEŃ

Ogólne obrażenia ciała są zgłaszane nawet przez dwie trzecie ofiar gwałtów, które trafiają na szpitalne oddziały ratunkowe, i są częstsze niż obrażenia narządów płciowych.<sup>18,19</sup> Obrażenia mogą obejmować próby zadziernięcia, tępe urazy głowy, twarzy, tułowia lub kończyn, a także urazy penetrujące. Obrażenia wynikające z bronienia się ofiary, takie jak skaleczenia, otarcia i zasinienia, można obserwować na dłoniach, wyprostnych powierzchniach kończyn górnych oraz wewnętrznych powierzchniach ud. Mogą również występować drobne urazy, takie jak ślady po ugryzieniach. Obrażenia powinny być leczone zgodnie z przyjętymi protokołami leczenia urazów.

## OBRAŻENIA OKOLICY ANOGENITALNEJ

Po napaści o charakterze seksualnym nie zawsze obserwuje się obrażenia okolicy anogenitalnej i lekarze muszą rozumieć, że brak takich obrażeń nie oznacza, że nie doszło do napaści. Sama ocena wizualna pozwala na zidentyfikowanie obrażeń okolicy anogenitalnej u mniej niż połowy ofiar, natomiast zastosowanie zaawansowanych technik obrazowania, takich jak kolposkopia oraz barwienie za pomocą błękitu toluidynowego, zwiększa częstość identyfikacji obrażeń do 53-84%.<sup>18-23</sup> Do często stwierdzanych obrażeń narządów płciowych należą rozdarcia lub otarcia spoidła tylnego warg sromowych mniejszych, otarcia lub zasinienia warg sromowych mniejszych i dołu przedsionka pochwy, a także wybroczyny w obrębie błony dziewiczej lub jej rozdarcia (ryc. 1).<sup>24</sup> Częstość wykrywania obrażeń narządów płciowych zależy od wieku ofiary (większa u osób młodych lub w podeszłym wieku), dziewictwa, stopnia stawianego oporu, czasu, jaki upłynął od napaści do badania (większa, jeśli ofiarę bada się w ciągu pierwszych 24 h), a także liczby napastników lub aktów napaści. Pomimo stosunkowo małej częstości występowania oczywistych obrażeń ich udokumentowanie zwiększa szansę skutecznego postawienia napastnika przed sądem.<sup>25-28</sup>

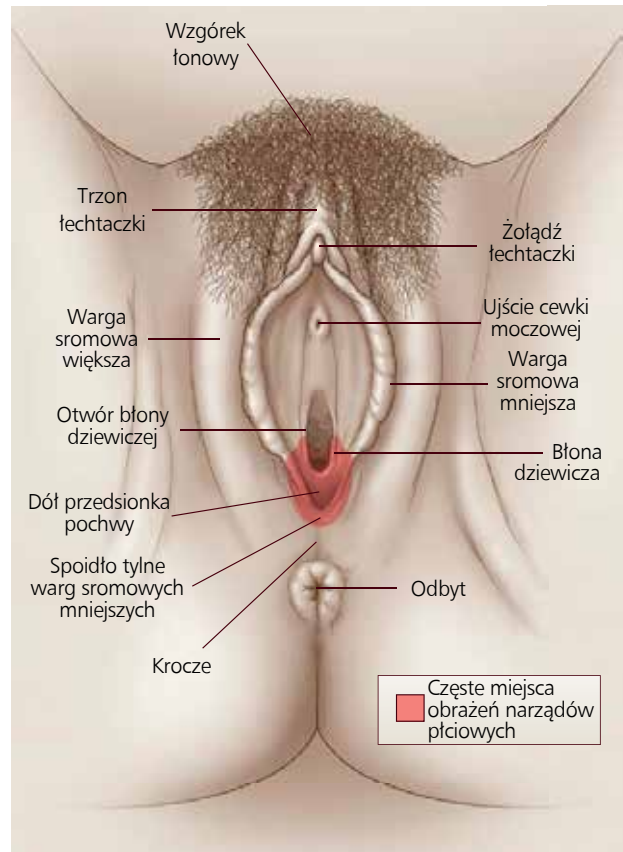
## ZBIERANIE WYWIADÓW MEDYCZNO-SĄDOWYCH ORAZ MATERIAŁU DOWODOWEGO

Mimo że doraźna ocena i leczenie obrażeń mają priorytet w stosunku do zbierania materiału dowodowego, należy podjąć środki ułatwiające zabezpieczenie takich dowodów w miejscu opatrywania obrażeń. Jeżeli ofiara jest transportowana z miejsca zdarzenia karetką, prześcieradła lub inne podłoże, na jakim się ją przewozi, należy zachować i złożyć w taki sposób, aby zachować krytyczne dowody, takie jak włókna i tkanki. Jeśli zdjęcie ubrania ofiary wymaga jego przecięcia, należy dołożyć starań, aby nie wykonywać cięć przez już istniejące dziury lub rozdarcia, ponieważ mogą one potwierdzać zeznania ofiary. Jeżeli założono pętlę na szyję lub związane kończyny, więzy należy przeciąć w taki sposób, aby zachować węzeł, który może być swoistym „podpisem” sprawcy. Przed założeniem cewnika Foleya z pochwy lub prącia należy pobrać materiał, który może zawierać DNA sprawcy. Jeżeli leczenie poważnych ostrych urazów wyklucza niezwłoczne przeprowadzenie szczegółowej oceny odnoszącej się do samej napaści seksualnej, należy wykonać fotografie obrażeń. Przeprowadzenie tych procedur jest zgodne z zalecanym protokołem programu SANE i zapobiega utracie kluczowych dowodów.

Po zaopatrzeniu medycznym pacjentce należy zaproponować zebranie materiału dowodowego. Zbieranie dowodów na potrzeby medycyny sądowej jest wieloetapowym procesem, który może zająć nawet 6 lub więcej godzin i najlepiej byłoby, aby tę procedurę przeprowadzał specjalnie wyszkolony personel. Celem jest odnotowanie zeznań ofiary dotyczących napaści, zebranie i odnotowanie dowodów przemawiających za tymi zeznaniami, a także zebranie DNA. Wysokoczułe metody oceny DNA mogą ułatwić identyfikację sprawcy przez dopasowanie próbki DNA do informacji zgromadzonych w bazie danych na temat DNA uprzednio skazanych przestępców (Combined DNA Index System, CODIS), prowadzonej przez Federal Bureau of Investigation (FBI). Zbieranie materiału dowodowego wymaga zgody pacjentki na każdy z etapów tego procesu. Badający powinien objaśniać każdy etap procesu badania oraz przedstawiać jego uzasadnienie. Pacjentka powinna móc określić szybkość, z jaką przeprowadza się kolejne etapy badania, a ponadto należy jej przypominać o możliwości niewyrażenia zgody na jakąkolwiek z części badania.

Wystandaryzowane zestawy do zbierania materiału dowodowego zawierają formularze mające ułatwić badającym dokumentowanie całego procesu. Na rycinie 2 podsumowano ważne dane z wywiadu, które powinny zostać udokumentowane, oraz kolejne kroki posługiwania się zestawem do zbierania materiału dowodowego. (Dodatkowe szczegóły przedstawiono w dodatku uzupełniającym, dostępnym razem z pełnym tekstem niniejszego artykułu na stronie internetowej NEJM.org).

Personel medyczny powinien rozumieć, że jego obowiązkiem nie jest ustalenie, czy do napaści seksualnej rze-



**RYCINA 1** Struktury anatomiczne zewnętrznych narządów płciowych u dorosłej kobiety.

czywiście doszło, ponieważ rzadko można to ustalić na podstawie samego badania ofiary, a takie ustalenia będą raczej dokonywane na sali sądowej, jeśli to konieczne. W przypadkach napaści seksualnych, które mogły zostać ułatwione przez spożycie alkoholu lub stosowanie narkotyków, do laboratorium medycyny sądowej można przesłać wyniki szeroko zakrojonych przesiewowych badań toksykologicznych. Wskazania do takich badań obejmują amnezję, splątanie oraz utratę kontroli nad motoryką. Przedział czasu wykonywania takich badań różni się w zależności od miejscowych przepisów prawnych (zwykle 72-96 h). Pacjentka powinna rozumieć, że takie badania ujawnią stosowanie zarówno leków przepisywanych na receptę, jak i innych środków, a wyniki tych badań mogą posłużyć jako dowód w sądzie. Nie należy osądzać ofiary niezależnie od tego, czy spożycie narkotyków lub alkoholu było dobrowolne, czy też nie.

## ZAPOBIEGANIE CHOROBYM PRZENOSZONYM DROGĄ PŁCIOWĄ

Na szpitalnym oddziale ratunkowym wszystkim pacjentkom należy oferować profilaktykę zakażeń przenoszonych drogą płciową. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) opublikowało zalecenia dotyczące leczenia sto-

<b>Krok 1</b>	Zgoda i formularze Zaznaczenie w formularzu okienka wywiadu Wywiad Dokumentacja obrażeń Zaznaczenie w formularzu okienka obrażeń
<b>Krok 2</b>	Wymazy kontrolne (z użyciem jałowej wody)
<b>Krok 3</b>	Badania toksykologiczne w ciągu 72 h, wskazania obejmują następujące okoliczności: Okres utraty świadomości Utrata kontroli motoryki Amnezja lub stan splątania Podejrzenie pacjentki, że podano jej środki odurzające
<b>Krok 4</b>	Pobranie próbki krwi lub śliny stanowiącej źródło DNA ofiary
<b>Krok 5</b>	Wymazy i rozmazy z jamy ustnej (jeżeli upłynęły <24 h od penetracji jamy ustnej)
<b>Krok 6</b>	Wyskrobiny spod paznokci (jeżeli pacjentka zadrapała napastnika lub pod paznokciami znajdują się tkanki)
<b>Krok 7</b>	Zebranie obcego materiału: należy zebrać pozostałości, które odpadły, kiedy pacjentka zdejmowała ubranie
<b>Krok 8</b>	Zabezpieczenie odzieży Bielizna Rozdarte lub rozerwane ubranie noszone podczas napaści Zbadanie całego ciała w poszukiwaniu obrażeń lub wydzielin, dokumentacja na formularzu badania przedmiotowego oraz wykonanie fotografii, jeśli właściwe
<b>Krok 9</b>	Jeśli widoczne są ślady po ugryzieniach, należy wykonać delikatny wymaz za pomocą 2 wilgotnych patyczków
<b>Krok 10</b>	Wyczesywanie włosów na głowie Badanie w poszukiwaniu obrażeń u pacjentki w pozycji litotomijnej oraz ich dokumentacja
<b>Krok 11</b>	Wyczesywanie włosów łonowych
<b>Krok 12</b>	Wymazy z zewnętrznych narządów płciowych
<b>Krok 13</b>	Wymazy i rozmazy z pochwy
<b>Krok 14</b>	Wymazy z okolicy odbytu
<b>Krok 15</b>	Wymazy i rozmazy z odbytu i odbytnicy (jeżeli upłynęły <24 h od penetracji)
<b>Krok 16</b>	Dodatkowe wymazy Wymazy ze wszystkich okolic, w których mogło znajdować się zaschnięte nasienie lub wydzieliny Ślina
<b>Krok 17</b>	Wypełnienie formularzy dotyczących kroku 1 Zamknięcie kopert oraz całego zestawu do zabezpieczenia materiału dowodowego w związku z napaścią seksualną

### Ważne elementy wywiadu

#### Wywiad medyczny

Niedawne zabiegi w obrębie narządów płciowych, problemy medyczne, które mogą wpłynąć na badanie przedmiotowe

#### Objawy od czasu napaści

Miejsca występowania bólu, krwawienia

#### Szczegóły dotyczące napaści

Szczegóły dotyczące możliwej penetracji, braku zgody, gróźb lub użycia siły

Czas, miejsce, otoczenie

Liczba napastników

Groźby, siła, broń, krępowanie

Rodzaje penetracji (nawet jeśli minimalna)

Czyny niezwiązane z narządami płciowymi (lizanie, plucie, gryzienie)

Utrata świadomości, utrata kontroli motoryki, amnezja

#### Czynności po napaści

Jedzenie lub picie

Palenie tytoniu

Wymioty

Oddawanie moczu lub stolca,

podmywanie się, lewatywa

Kąpiel lub prysznic

Zmiana ubrania

#### Ostatni stosunek płciowy odbyty

#### z akceptacją

### RYCINA 2

### Kolejne kroki procesu uzyskiwania próbek z użyciem zestawu do zabezpieczenia materiału dowodowego oraz zbierania wywiadu medycznego w związku z napaścią seksualną.

Podczas zbierania próbek z użyciem zestawu do zabezpieczenia materiału dowodowego wykorzystuje się jednocześnie dwa jałowe bawełniane waciki (patyczki). Jeden zestaw próbek zostanie wykorzystany przez laboratorium medycyny sądowej, a drugi pozostawia się na życzenie do dyspozycji obrony. Do zbierania próbek z wilgotnych miejsc używa się suchych patyczków, natomiast w celu uzyskania próbek z suchych miejsc patyczki zwilża się jałową wodą. Waciki suszy się powietrzem, umieszcza z powrotem w ochronnych mankietach, a następnie wkłada do koperty. Cały materiał dowodowy umieszcza się w papierowych, a nie plastikowych, kopertach, ponieważ wilgoć może sprzyjać wzrostowi pleśni i spowodować zniszczenie DNA.

## TABELA

**Leki stosowane w celu zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową oraz ciąży po napaści o charakterze seksualnym**

Zakażenie lub stan	Zalecane leczenie	Uwagi
Rzeżączka	Ceftriakson (250 mg domięśniowo) lub cefiksym (400 mg doustnie w jednej dawce), azytromycyna (2 g doustnie w pojedynczej dawce) u osób uczulonych na penicyliny	Unikać stosowania ceftriaksonu i cefiksymu u pacjentek z ciężkimi reakcjami anafilaktycznymi na penicylinę, unikać stosowania azytromycyny u pacjentek uczulonych na erytromycynę, leki mogą wywołać biegunkę i nudności
Chlamydie	Azytromycyna (1 g doustnie w pojedynczej dawce) lub doksycyklina (100 mg doustnie dwa razy na dobę przez 7 dni)	Unikać stosowania doksycykliny u kobiet w ciąży oraz dzieci w wieku poniżej 8 lat
Bakteryjne zakażenie pochwy	Metronidazol (2 g doustnie w pojedynczej dawce)	Unikać stosowania razem z alkoholem, lek może wywołać nudności i wymioty
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (jeżeli wcześniej nieszczepiona, pierwsza dawka podana na szpitalnym oddziale ratunkowym)	Drugą dawkę podać po 1-2 miesiącach, a trzecią po 4-6 miesiącach
Zakażenie HIV*	Leczenie skojarzone tenofowirem i emtrycytabiną (Truvada, 1 tabletkę doustnie raz na dobę przez 28 dni) lub lamiwudyną i zydowudyną (Combivir, 1 tabletkę doustnie dwa razy na dobę przez 28 dni), jeśli większe ryzyko, rozważyć dołączenie leczenia skojarzonego lopinawirem i rytonawirem (Kaletra, 400 mg lopinawiru i 100 mg rytonawiru [dwie tabletki] doustnie dwa razy na dobę przez 28 dni)	Leczyć, jeżeli napastnik był zakażony HIV, a ekspozycja była istotna, rozważyć ryzyko w zależności od rodzaju napaści, najlepiej w porozumieniu z miejscowym specjalistą, z którym należy konsultować się również wtedy, gdy pacjentka jest w ciąży Działania niepożądane – Truvada: bóle głowy, biegunka, nudności i wymioty, nefrotoksyczność, kwasica mleczanowa, Combivir: bóle głowy, męczliwość, bezsenność, nudności i wymioty, zapalenie trzustki, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych, neutropenia, niedokrwistość, kwasica mleczanowa, Kaletra: wysypka, nudności, wymioty, bóle brzucha, zaburzenia smaku, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych
Tężec	Przypominająca dawka szczepionki przeciwwężcowej (jeśli wskazana)	
Ciąża	Lewonorgestrel (1,5 mg doustnie w pojedynczej dawce)	Lek może wywołać nudności, wymioty, krwawienie z pochwy, kolokowe bóle brzucha, wczesne lub późne krwawienie miesięczne

\*Większość ekspertów zaleca leczenie, jeśli wiadomo, że napastnik był zakażony ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) lub można podejrzewać takie zakażenie. Dostępnych jest wiele schematów leczenia i specjaliści w zakresie profilaktyki zakażeń HIV mogą zalecić inne schematy w zależności od preferencji pacjentki, lokalnej charakterystyki oporności na leki antyretrowirusowe, a także dostępności leków. Należy również przepisać lek przeciwwymiotny (np. ondansetron lub prochlorperazynę), ponieważ podawane leki mogą wywoływać nudności.

sowanego w celu zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową, w tym rzeżączce, zakażeniom chlamydiami, bakteryjnym zakażeniom pochwy oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (tabela).<sup>29</sup> Kiła występuje rzadziej, a postępowanie profilaktyczne przeciwko rzeżączce może również chronić przed kiłą. Większość ekspertów odradza wykonywanie diagnostyki w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową na szpitalnym oddziale ratunkowym, chyba że takie badania są uzasadnione klinicznie ze względu na występujące objawy. Wyjątek stanowią przypadki, w których podejrzewa się molestowanie seksualne dzieci, ponieważ dodatni wynik przesiewowej diagnostyki w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową może zostać uznany za dowód takiego wykorzystywania. Jeśli wiadomo, że napastnik był zarażony ludzkim wirusem nie-

doboru odporności (HIV), to CDC zaleca również profilaktykę po ekspozycji na HIV. Stosowanie profilaktyki jak po ekspozycji na HIV w innych sytuacjach omówiono niżej w części „Kwestie nierozstrzygnięte”.

### Zapobieganie ciąży

Ryzyko zajścia w ciążę w następstwie gwałtu wynosi w przybliżeniu 5%.<sup>30</sup> Wykazano, że skuteczność zapobiegania ciąży za pomocą antykoncepcji awaryjnej zawierającej tylko progestagen (1,5 mg lewonorgestrelu), którą stosuje się w jednorazowej dawce w ciągu 120 h od stosunku płciowego odbytego bez zabezpieczenia, wynosi 98,5%. Ponieważ ta skuteczność maleje wraz z upływem czasu od stosunku odbytego bez zabezpieczenia, środek ten powi-

nien zostać przyjęty w ciągu 72 h od napaści seksualnej. Chociaż nie należy go podawać kobietom już będącym w ciąży, nie wywołuje on poronienia i nie ma dowodów, że jest szkodliwy w ciąży. Objawy niepożądane obejmują nudności, męczliwość, ból brzucha oraz krwawienie z dróg rodnych.<sup>31</sup>

#### INTERWENCJA KRYZYSOWA W CELU ZAPEWNIENIA WSPARCIA EMOCJONALNEGO

Nie ma „prawidłowej” reakcji na gwałt. Ostre reakcje mogą być różne, od ciężkiego dystresu emocjonalnego do odrętwienia emocjonalnego, nerwowego śmiechu, gniewu i zaprzeczenia. Wiele ofiar czuje wstyd, obwinia się lub przeżywa zwątpienie. Personel medyczny powinien podkreślać, że ofiary nie należy obwiniać niezależnie od tego, co zdarzyło się przed napaścią. Dane z prospektywnych obserwacji wskazują, że u osób, które padły ofiarą napaści o charakterze seksualnym, istnieje zwiększone ryzyko późniejszego wystąpienia zespołu stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder, PTSD) (ryzyko w ciągu całego życia 30%), ciężkiej depresji (30%), myśli samobójczych (33%) lub rzeczywistej próby samobójczej (13%).<sup>1</sup> Czynniki ryzyka wystąpienia PTSD po gwałcie obejmują wcześniejszą depresję, nadużywanie alkoholu oraz znaczne obrażenia spowodowane napaścią.<sup>1</sup> U osób, które padły ofiarą gwałtu, istnieje również zwiększone ryzyko przewlekłych problemów medycznych, w tym przewlekłego bólu w obrębie miednicy, fibromialgii oraz czynnościowych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego.<sup>32</sup> Personel medyczny opiekujący się ofiarami gwałtu powinien zadbać o zaangażowanie pracowników socjalnych, którzy mogą pomóc w ocenie pilnych i przyszłych potrzeb pacjentki w kwestiach emocjonalnych i związanych z bezpieczeństwem, a także planowaniu zapewnienia jej bezpieczeństwa po wypisie ze szpitala.

#### DALSZA OBSERWACJA I OBOWIĄZKOWE ZGŁASZANIE

Ofiary gwałtu powinny być kierowane zarówno na badania kontrolne o charakterze medycznym (wykrywanie ciąży oraz diagnostyka w kierunku zakażenia HIV i zapalenia wątroby), jak i w celu zapewnienia wsparcia psychiatrycznego. Należy zachęcać pacjentki do zgłaszania się na wizyty kontrolne do swoich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ośrodki dla ofiar gwałtu mogą zapewnić dalsze wsparcie, ograniczony zakres darmowego poufnego poradnictwa prawnego oraz inne usługi prawnicze. W niektórych jurysdykcjach może istnieć obowiązek zgłaszania gwałtów (włącznie z informacjami umożliwiającymi identyfikację personalną lub bez takich informacji) lub obrażeń wywołanych z użyciem broni u osoby dorosłej zdolnej do czynności prawnych. Wszędzie w Stanach Zjednoczonych istnieje obowiązek zgłaszania napaści na dziecko, osobę w podeszłym wieku lub niepełnosprawną.<sup>33</sup>

#### Kwestie nierozstrzygnięte

Profilaktykę po ekspozycji na HIV można zastosować wtedy, gdy pacjentka zgłasza się w ciągu 72 h od napaści o charakterze seksualnym, ale jej stosowanie jest kontrowersyjne, jeżeli sprawca jest nieznan lub jedynie podejrzewany o zakażenie HIV. Wobec braku danych z randomizowanych prób klinicznych rozważania odnoszące się do stosowania profilaktyki zapobiegającej zakażeniu HIV opierają się na ekstrapolacji danych z badań dotyczących przenoszenia zakażenia z matki na płód oraz ekspozycji personelu opieki zdrowotnej. Stosowanie w takich okolicznościach leków antyretrowirusowych zmniejsza częstość przeniesienia zakażenia HIV o 70-80%.<sup>34,35</sup>

Mimo że ryzyko zakażenia się HIV w wyniku gwałtu jest małe, w piśmiennictwie donoszono o przypadkach takiego zakażenia.<sup>36,37</sup> Dokładna częstość transmisji zakażenia HIV w następstwie pojedynczego kontaktu seksualnego z osobą zakażoną jest nieznaną, ale szacuje się ją w przybliżeniu na 1-2 przypadki na 1000 po penetracji dopochwowej oraz 1-3 na 100 po penetracji analnej. Ryzyko zwiększa się w bardziej zaawansowanym stadium zakażenia HIV, w przypadku większego stopnia wirēmii u napastnika, a także w przypadku urazu narządów płciowych, owrzodzeń w obrębie narządów płciowych lub współistniejących zakażeń u ofiary.<sup>38,39</sup> W jednym z badań stwierdzono, że wśród więźniów skazanych za przestępstwo na tle seksualnym częstość zakażenia HIV wynosi 1%.<sup>40</sup> Na podstawie tej częstości oraz opisywanego ryzyka transmisji prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia wynosi w przybliżeniu 1-2 przypadki na 100 000 napaści z penetracją dopochwową oraz 2-3 na 10 000 napaści z penetracją analną (choć obrażenia doznane w wyniku napaści mogą zwiększać to ryzyko).

Obecnie CDC nie dysponuje zaleceniami dotyczącymi profilaktyki zakażenia HIV w przypadkach napaści o charakterze seksualnym, jeśli nie wiadomo, czy napastnik był zakażony, czy nie, a decyzje powinny być podejmowane indywidualnie, z uwzględnieniem oszacowanego prawdopodobieństwa zakażenia u sprawcy, charakteru napaści oraz preferencji ofiary. Ofiara powinna mieć świadomość niewielkiego ryzyka przeniesienia zakażenia, możliwych objawów niepożądanych leków, a także znaczenia ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących leczenia i dalszej kontroli, ponieważ niekompletne leczenie wiąże się z częstym niepowodzeniem profilaktyki. Donoszono, że pacjentki zgłaszające się na wizyty kontrolne, u których udaje się ukończyć profilaktykę zakażenia HIV po napaści o charakterze seksualnym, stanowią w przybliżeniu tylko 18-33%.<sup>41-43</sup> Decyzja o rozpoczęciu profilaktyki powinna zostać podjęta na szpitalnym oddziale ratunkowym, w miarę możliwości po konsultacji z miejscowym specjalistą w dziedzinie zapobiegania zakażeniu HIV, a pacjentka powinna otrzymać zapas leku, który wystarczy jej do czasu następnej wizyty w przychodni (tabela). Jeśli miejscowy specjalista nie jest dostępny, lekarze w Stanach Zjedno-

czonych mogą korzystać z całodobowej konsultacyjnej linii telefonicznej (National Clinicians' Postexposure Prophylaxis Hotline, listę zasobów klinicznych zamieszczono w dodatku uzupełniającym). Profilaktyka zakażenia HIV po ekspozycji była niedawno tematem przeglądu zamieszczonego w *New England Journal of Medicine*.<sup>44</sup>

Rola różnych rodzajów psychoterapii w zmniejszeniu psychologicznych następstw gwałtu pozostaje niejasna. Ograniczone dane przemawiają za potencjalnymi korzyściami z wczesnego rozpoczynania terapii poznawczo-behawioralnej, która obejmuje edukację pacjentek w kwestii prawidłowych reakcji na napaść, trening relaksacyjny, odtworzenie wcześniejszych doświadczeń, bezpieczną ekspozycję na bodźce wywołujące lęk oraz restrukturyzację poznawczą.<sup>45,46</sup> W randomizowanym badaniu klinicznym wśród kobiet, które przypisano do wczesnej terapii poznawczo-behawioralnej po napaści seksualnej, po interwencji stwierdzono istotne zmniejszenie objawów PTSD w samoocenie pacjentek w porównaniu z grupą, w której stosowano jedynie wspomagające poradnictwo, ale po 3 miesiącach różnice wyników leczenia przestały być istotne statystycznie.<sup>45</sup> Potrzeba więcej danych z randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych, aby można było ocenić i porównać wpływ różnych interwencji na ryzyko wystąpienia PTSD, lęku oraz innych następstw napaści o charakterze seksualnym.

## Wytyczne towarzystw naukowych

Wytyczne dotyczące leczenia ofiar napaści o charakterze seksualnym zostały wydane przez Department of Justice,<sup>47</sup> American College of Emergency Physicians<sup>48</sup> oraz Światową Organizację Zdrowia.<sup>49</sup> CDC opublikowało wytyczne dotyczące leczenia po ekspozycji na zakażenia przenoszone drogą płciową<sup>29</sup> (odnośniki do tych zaleceń oraz innych zasobów zamieszczono w dodatku uzupełniającym). Zalecenia przedstawione w niniejszym artykule są zgodne z tymi wytycznymi. American Congress of Obstetricians and Gynecologists zaleca, aby podczas każdej wizyty przesiewowo zbierać od kobiet wywiady dotyczące napaści o charakterze seksualnym i oferuje narzędzia do przesiewowej oceny, które ułatwiają klinicytom realizację tego zalecenia.<sup>50</sup>

## Wnioski i zalecenia

U pacjentki zgłaszającej się po napaści o charakterze seksualnym, takiej jak kobieta opisana na początku artykułu, należy najpierw ocenić występowanie ostrych obrażeń fizycznych. Następnie pacjentce należy zaproponować metody służące zapobieganiu zakażeniom przenoszonym drogą płciową oraz niepożądaną ciąży, a w razie wskazań również badania toksykologiczne w celu identyfikacji substancji, które mogły zostać jej podane w celu obездwładnienia. Opieka powinna być koordynowana przez

lekarza medycyny ratunkowej, a pacjentka powinna otrzymać wsparcie emocjonalne ze strony członków personelu medycznego, osoby specjalnie przeszkolonej do udzielania pomocy ofiarom gwałtu lub pracownika socjalnego, a także pielęgniarki z programu SANE (tam, gdzie takie pielęgniarki są dostępne). Pacjentce należy też zaferować zebranie materiału dowodowego na potrzeby medycno-sądowe (najlepiej przez pielęgniarkę z programu SANE) zgodnie z protokołem przyjętym w danym stanie. W większości stanów proponuje się zebranie materiału dowodowego nawet wtedy, gdy pacjentka nie chce natychmiast zgłosić napaści na policję. Jeżeli ofiara decyduje się zgłosić napaść, członkowie personelu medycznego powinni zaferować pomoc w telefonicznym zawiadomieniu policji. Zasadnicze znaczenie mają wreszcie plany dotyczące dalszego postępowania po wypisaniu ze szpitala, w tym zaplanowanie dalszej opieki medycznej i wsparcia psychologicznego.

Nie zgłoszono żadnych potencjalnych konfliktów interesów odnoszących się do tego artykułu. Stosowne oświadczenie autorki jest dostępne wraz z pełnym tekstem tego artykułu na stronie internetowej NEJM.org.

Podziękowania otrzymują: Joan Sham, R.N. i Lucia Zuniga, R.N. z zespołu programu SANE w stanie Massachusetts; Patricia Mitchell, R.N., James Feldman, M.D., Jeffrey Schneider, M.D. i Andrew Ulrich, M.D., z Boston Medical Center i Boston University School of Medicine; oraz mąż autorki, Stephen Marcus, za fachowe zrecenzowanie oraz uwagi dotyczące wcześniejszej wersji tej pracy, a także Kathleen Shea za pomoc w przygotowaniu niniejszej pracy.

From the *New England Journal of Medicine* 2011; 365: 834-41. Translated and reprinted in its entirety with permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

## PIŚMIENICTWO

1. Rape in America: a report to the nation. Arlington, VA: National Victim Center, 1992.
2. Tjaden PG, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: National Institute of Justice, 2006. (NCJ 210346.)
3. Krebs CP, Lindquist CH, Warner TD, Fisher BS, Martin SL. College women's experiences with physically forced, alcohol- or other drug-enabled, and drug-facilitated sexual assault before and since entering college. *J Am Coll Health* 2009;57:639-47.
4. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord* 1999;13:541-63.
5. Fisher BS, Cullen FT, Turner MG. The sexual victimization of college women. Washington, DC: National Institute of Justice, 2000. (NCJ 182369.)
6. Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:477-87.
7. Lawyer S, Resnick H, Bakanic V, Burkett T, Kilpatrick D. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. *J Am Coll Health* 2010;58:453-60.
8. Feldhaus KM, Houry D, Kaminsky R. Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population. *Ann Emerg Med* 2000;36:23-7.
9. Tjaden PG, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: National Institute of Justice, 2000. (NCJ 183781.)
10. Kaufman A, Divasto P, Jackson R, Voorhees D, Christy J. Male rape victims: noninstitutionalized assault. *Am J Psychiatry* 1980;137:221-3.
11. Spohn C, Beichner D, Davis-Frenzel E. Prosecutorial justifications for sexual assault case rejection: guarding the "gateway to justice." *Soc Probl* 2001;48:206-35.
12. Campbell R, Patterson D, Bybee D, Dworkin ER. Predicting sexual assault prosecution outcomes: the role of medical forensic evidence collected by sexual assault nurse examiners. *Crim Justice Behav* 2009;36:712-27.

13. Crandall CS, Helitzer D. Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) program. Washington, DC: National Institute of Justice, 2003. (203276.)
14. Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse* 2005;6:313-29.
15. Sievers V, Murphy S, Miller JJ. Sexual assault evidence collection more accurate when completed by sexual assault nurse examiners: Colorado's experience. *J Emerg Nurs* 2003;29:511-4.
16. Ledray LE, Simmelink K. Efficacy of SANE evidence collection: a Minnesota study. *J Emerg Nurs* 1997;23:75-7.
17. Nugent-Boracove ME, Fanflik P, Troutman D, Johnson N, Burgess A, Lewis O'Connor A. Testing the efficacy of SANE/SART programs: do they make a difference in sexual assault arrest and prosecution outcomes? Washington, DC: National Institute of Justice, 2006. (214252.)
18. Palmer CM, McNulty AM, D'Este C, Donovan B. Genital injuries in women reporting sexual assault. *Sex Health* 2004;1:55-9.
19. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* 2000;35:358-62.
20. Sugar NF, Fine N, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:71-6.
21. Hilden M, Schei B, Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci Int* 2005;154:200-5.
22. Coker AL, Walls LG, Johnson JE. Risk factors for traumatic physical injury during sexual assaults for male and female victims. *J Interpers Violence* 1998;13:605-20.
23. Cartwright PS. Factors that correlate with injury sustained by survivors of sexual assault. *Obstet Gynecol* 1987;70:44-6.
24. Sommers MS. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse* 2007;8:270-80.
25. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ* 1999;160:1565-9.
26. Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF. Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med* 1992;21:727-31.
27. Sachs CJ, Chu LD. Predictors of genitoretal injury in female victims of suspected sexual assault. *Acad Emerg Med* 2002;9:146-51.
28. Gray-Eurom K, Seaberg DC, Wears RL. The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. *Ann Emerg Med* 2002;39:39-46.
29. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1-110. [Erratum, *MMWR Recomm Rep* 2011;60:18.]
30. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:320-4.
31. von Hertzen H, Piaggio G, Ding JH, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
32. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550-61.
33. Scalzo TP. Rape and sexual assault reporting requirements for competent adult victims. Alexandria, VA: American Prosecutors Research Institute, 2006.
34. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
35. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* 1997;337:1485-90.
36. Vandercam B, Therasse P, Aziz M, Lachapelle JM, Van Cangh PJ. HIV infection and rape. *Acta Urol Belg* 1992;60:77-81.
37. Murphy S, Kitchen V, Harris JRW, Forster SM. Rape and subsequent seroconversion to HIV. *BMJ* 1989;299:718.
38. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and metaanalysis of observational studies. *Lancet Infect Dis* 2009;9:118-29.
39. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;342:921-9.
40. Rich JD, Macalino G, Merchant RC, et al. HIV seroprevalence of adult males incarcerated for a sexual offense in Rhode Island, 1994-1999. *JAMA* 2002;288:164-5.
41. Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, Mc-Cabe KK, LaBelle C. HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital. *Acad Emerg Med* 2005;12:640-6.
42. Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *CMAJ* 2000;162:641-5.
43. Du Mont J, Myhr TL, Husson H, Macdonald S, Rachlis A, Loutfy MR. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex Transm Dis* 2008;35:973-8.
44. Landovitz RJ, Currier JS. Postexposure prophylaxis for HIV infection. *N Engl J Med* 2009;361:1768-75.
45. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J Trauma Stress* 2006;19:29-43.
46. Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2009;29:431-48.
47. A national protocol for sexual assault medical forensic examiners. Washington, DC: Department of Justice, 2004. (NCJ 206554.)
48. American College of Emergency Physicians. Management of the patient with the complaint of sexual assault. (<http://www.acep.org/Content.aspx?id=29562&terms=sexual%20assault>.)
49. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2003.
50. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Screening tools — sexual assault. ([http://www.acog.org/departments/dept\\_notice.cfm?bulletin=1477&recno=17](http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?bulletin=1477&recno=17).)



## KOMENTARZ

**Lek. Monika Łukasiewicz**

II Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Warszawa  
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP,  
Warszawa

**K**to przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Tak mówi polski kodeks karny, artykuł 197, paragraf 1.

Według raportu FBI co 28 minut gwałcona jest jedna kobieta. W Polsce od 2005 roku zmniejszyło się zagrożenie tego typu przestępczością, zwiększyła się także jego wykrywalność. Zastanawiające jest jednak, że tylko 20% kobiet zgłasza przestępstwo organom ścigania. Często kobiety boją się pewnego rodzaju stygmatyzacji, zemsty ze strony napastnika albo po prostu uważają, że jest to ich prywatna sprawa. Mity, które przez lata pokutują w społeczeństwie, w sposób podświadomy obarczają winą ofiarę, która np. prowokowała wyglądem, zachowaniem albo była pijana. Przeciętny człowiek, kiedy słyszy słowo gwałt, natychmiast widzi ciemną uliczkę, obcego napastnika, który najczęściej wywodzi się z nizin społecznych. A tymczasem... W 83% przypadków sprawcami gwałtów są osoby, które kobieta zna i którym ufa, w 20% kochankowie, w 33% mężowie (Centrum Praw Kobiet – polecam tę organizację kobietom zgwałconym). Tylko do 9% gwałtów dochodzi poza domem. Do większości przestępstw bowiem dochodzi w miejscu pracy i w domu. Znane są też gwałty na randce. I tu namieszał trochę Freud. Uważał bowiem, że każda kobieta ma ukryte tendencje masochistyczne i podświadomie chce być zgwałcona. Czego dowodem są jej fantazje seksualne i marzenia senne o gwałcie. W rzeczywistości jednak nic nie usprawiedliwia gwałtu, ani alkohol, ani wyzywający ubiór, ani fantazje seksualne, które świadczą o rutynie w związku i nie mają nic wspólnego z rzeczywistością. Kiedy kobieta mówi „nie”, myśli „nie”. A gwałt nie jest zbrodnią z namiętności. Motywacją gwałtciela jest nie zawsze tylko seksualna. Celem przestępcy jest często również potrzeba złagodzenia własnej niepewności, uzyskanie uznania ze strony ofiary, odwet za doznane krzywdy albo ukaranie kobiety.

Judith A. Linden w swoim artykule „Postępowanie u dorosłej ofiary napaści seksualnej” ujęła wszystko to, o czym my, ginekolodzy, powinniśmy pamiętać, kiedy na izbę przyjęć trafia zgwałcona pacjentka. Często od sposobu, w jaki właśnie my będziemy z nią rozmawiać, jak zbierzemy i zabezpieczymy materiał, czy damy jej leki zapobiegające STI i HIV, antykon-

cepcję po stosunku zależy jej przyszłe życie. Zanim przejdę jednak do czysto medycznych wytycznych, pokuszę się o małą dygresję...

Często kobieta, która trafia na izbę przyjęć, wcale nie płacze, nie krzyczy, nie ma porwanego ubrania i obrażeń w okolicach narządów płciowych. Nie oznacza to jednak wcale, że nie została zgwałcona. W sytuacji samego gwałtu kobieta ze strachu przed byciem okaleczoną i zabita często się nie broni. Pod jej pozornym spokojem w trakcie rozmowy z nami kryje się depresja i zaburzenia emocjonalne, które mogą doprowadzić do ostrych reakcji nerwicowych i samobójstwa. Spośród zgwałconych 82% kobiet podaje, że gwałt zupełnie odmienił ich życie. Co druga kobieta zrywa swoje związki partnerskie, a 2 lata po gwałcie 40% kobiet cierpi na różne zaburzenia nerwicowe.

Interesujące w artykule dr Linden są dwie instytucje: SANE (sexual assault nurse examiner) i SART (sexual assault response team). W ich skład wchodzi specjalnie wykwalifikowane pielęgniarki i całe zespoły multidyscyplinarne, które zapewniają zgwałconym kobietom pomoc medyczną, psychologiczną oraz ciągłość nadzoru nad materiałem dowodowym i kierują pacjentki dalej. Obawiam się, że w Polsce najczęściej kobieta zgwałcona, która trafia do szpitala, nie ma możliwości kontaktu z psychologiem. A trafiając na izbę przyjęć z eskortą policji, to ona czuje się jak przestępca, co pogłębia jej stygmatyzację.

W nawiązaniu do rekomendacji czysto medycznych i do obrażeń okolicy anogenitalnej, których często samą oceną wizualną nie jesteśmy w stanie zauważyć, dr Linden proponuje ciekawe rozwiązanie – identyfikację tego typu obrażeń za pomocą kolposkopii i barwienia błękitem toluidynowym. Takie działanie zwiększa ich wykrywalność do 84%. W naszym postępowaniu powinniśmy zwrócić uwagę również na fakt, że zbieranie materiału dowodowego wymaga zgody pacjentki na każdy z etapów procesu, a my powinniśmy wyjaśniać jej krok po kroku każde nasze postępowanie. Po pobraniu odpowiednich wymazów (dr Linden bardzo dokładnie wyjaśnia sposób i miejsca pobrania) pacjentce należy zaproponować profilaktykę chorób przenoszonych drogą płciową i profilaktykę HIV (kwestia ciągle nierozstrzygnięta). Ważne, aby pamiętać o antykoncepcji po stosunku bez zabezpieczenia.

Ukazanie się artykułu dr Linden w *Ginekologii po Dyplomie* jest pewnego rodzaju, mam nadzieję, początkiem dyskusji na temat problemu przemocy seksualnej i obalania wielu mitów.