

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

**ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ
ОТ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ**

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Бишкек - 2017

Практическое руководство по психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия, принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 17.01.2017 г. №42

Проблема

Психологические последствия гендерного насилия.

Название документа

Оказание психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия.

Этапы оказания помощи

На всех уровнях здравоохранения.

Цель создания практического руководства состоит в стандартизации процесса оказания психологической помощи лицам, пережившим гендерное насилие.

Целевые группы пользователей:

Врачи первичной медицинской помощи, психологи, врачи-психиатры, психотерапевты, судебные психиатры, судебные психологи, судебно-медицинские эксперты.

Практическое руководство создано для пострадавших от гендерного насилия от 14 лет и старше. Данное практическое руководство применимо для взрослых и подростков, подвергшихся гендерному насилию, и должно обеспечить все права пострадавших на получение качественных психологических услуг, базирующихся на научно обоснованных международных стандартах и практиках.

Дата создания руководства: 2017 год.

Планируемая дата обновления: в 2020 году или с появлением новых ключевых рекомендаций, либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническим протоколам будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического протокола приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой: molchanova_e@auca.kg, Кыргызская Республика, г. Бишкек, 720020, Байтик Баатыра 1, тел. 996 312 435301. crdp.asia@mail.ru Кыргызская Республика, г. Бишкек, 720010, К. Акиева, 102, тел. 996 550559800;

Практическое руководство может использоваться и воспроизводиться с соответствующими ссылками.

Данное практическое руководство было подготовлено при содействии Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и ОФ «Центр исследования демократических процессов». Выражается глубокая признательность Фонду ООН в области народонаселения в Кыргызской Республике за оказанное техническое и методическое содействие при разработке и внедрении данного практического руководства.

Содержание

1. ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ РУКОВОДСТВА	7
2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ РУКОВОДСТВА	9
3. МЕТОДОЛОГИЯ.....	9
4. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ	10
5. ПОСЛЕДСТВИЯ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ.....	14
6. ИЗНАСИЛОВАНИЕ КАК ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС	15
6.1 ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА ИЗНАСИЛОВАНИЕ (F43, Y05).....	15
6.2. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО, СВЯЗАННОЕ С ИЗНАСИЛОВАНИЕМ	16
6.3. ОСОБЕННОСТЯМИ ПТСР, СВЯЗАННЫЕ С ИЗНАСИЛОВАНИЕМ.....	18
7. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ГН	20
7.1. ХРОНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОСЛЕ ИЗНАСИЛОВАНИЯ (F 62.0)	20
7.2. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЖИТОГО ГН.....	21
7.3. ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЖИТОГО ИЗНАСИЛОВАНИЯ.....	22
8. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ГН.....	22
8.1. ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛПСГН.....	22
8.2. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛПСГН	24
8.3. ПОШАГОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	25
8.4. ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ.....	28
БИБЛИОГРАФИЯ.....	31
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА ПАТТЕРСОНА.....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. БРОШЮРА ДЛЯ ЛПСГН.....	36
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. БРОШЮРА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ЛПСГН.....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. КОДЫ ПО МКБ-10.....	43
F43 РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ.....	43
F03 ДЕМЕНЦИЯ НЕУТОЧНЕННАЯ.....	43
F43.0 ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС	44
F43.1 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО.....	44
F62 СТОЙКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА	44

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы.....	45
F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.....	45
F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.....	45
T74 Синдром жестокого обращения	45
Y05 Сексуальное нападение с применением физической силы	45
Y07 Другие формы плохого обращения.....	46
Z63.0 Проблемы, связанные с взаимоотношениями супругов или партнеров...	46
Z63.1 Проблемы взаимоотношений с родителями или родственниками жены или мужа	46
Z63.5 Распад семьи в результате разделения или развода	46
Z63.6 Зависимый член семьи, нуждающийся в уходе в домашних условиях...	46
Z63.7 Другие стрессовые жизненные события, влияющие на семью и экономические условия	46
Z63.8 Другие уточненные проблемы, связанные с группой первичной поддержки	46
Z63.9 Проблемы, связанные с группой первичной поддержки, неуточненные...	46
Z04.4 Обследование и наблюдение при заявлении об изнасиловании или совращении.....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ИНДИКАТОРЫ	46

Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГН	Гендерное насилие
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
КГМА	Кыргызская государственная медицинская академия
КОШ	Клиническая оценочная шкала
КР	Кыргызская республика
ЛПСГН	Лица, пережившие сексуальное/гендерное насилие
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ООН	Организация Объединенных Наций
ОРС	Острая реакция на стресс
ПМП	Первичная медицинская помощь
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство
СН	Семейное насилие
СП	Суицидальное поведение
СР	Суицидальный риск
ТС	Травматический стресс
ШОРС	Шкала оценки риска суицида

Состав рабочей группы по разработке руководства

Бообекова А. А.	заведующая Отделом лечебно-профилактической помощи Управления оказания медицинской помощи и лекарственной политики
Молчанова Е. С.	к. м. н., врач-психиатр, ассоциированный профессор Американского университета в Центральной Азии
Галако Т. И.	к. м. н., врач-психиатр, заведующая кафедрой психиатрии КГМА, президент Кыргызской психиатрической ассоциации
Ткачева Е. А.	исполнительный директор кризисного центра для женщин, подвергшихся насилию, «Шанс», национальный эксперт по вопросам оказания помощи пострадавшим от насилия
Павлова Н. В.	психотерапевт кризисного центра «Сезим»
Костерина Е. В.	PhD – старший преподаватель Американского университета в Центральной Азии
Сластникова А.В.	Психолог кризисного центра для женщин, подвергшихся насилию, «Шанс»
Тюлекова Т. К.	исполнительный директор Ассоциации кризисных центров
Илибегова Л. К.	председатель правления ОФ «Центр исследования демократических процессов»
Суяналиева Н. С.	программный специалист Фонда ООН в области народонаселения в Кыргызской Республике

Консультанты и внутренние рецензенты

Мусабаева С. С.	заместитель директора Республиканского центра психического здоровья, главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Чиркина Г. Э.	исполнительный директор ОО «Альянс по репродуктивному здоровью», международный эксперт в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав

Внешние рецензенты

Умняшкин А. А.	д.м.н. по специальности «психиатрия», профессор, консультант по контролю стрессовых ситуаций регионального офиса ООН, Азербайджан
Мичеу Е.	Директор Восточно-Европейского института репродуктивного здоровья
Хорга И.	Эксперт Восточно-Европейского института репродуктивного здоровья

Эксперт по методологии разработки клинических руководств

Барыктабасова Б. К.	к. м. н., консультант отдела доказательной медицины МЗ КР, методолог по разработке и оценке качества клинических руководств и протоколов, специалист по доказательной медицине
---------------------	--

Декларация конфликта интересов

Никто из членов рабочей группы не имел коммерческой заинтересованности при создании данного клинического руководства.

1. Обоснование необходимости создания руководства

Система здравоохранения играет важнейшую роль в деле предотвращения гендерного насилия и реагировании на него. Гендерное насилие оказывает серьезное

воздействие на физическое, психическое и сексуальное здоровье женщин и девочек. Оно влияет на женщин на протяжении всей жизни и является одной из основных причин травм, инвалидности и смертности женщин (Рисунок 1).

Рисунок 1. Последствия гендерного насилия



Источник: Hellbernd et al.2004, (информация взята и адаптирована из CHANGE 1999), цитата из руководства PRO TRAIN 2007

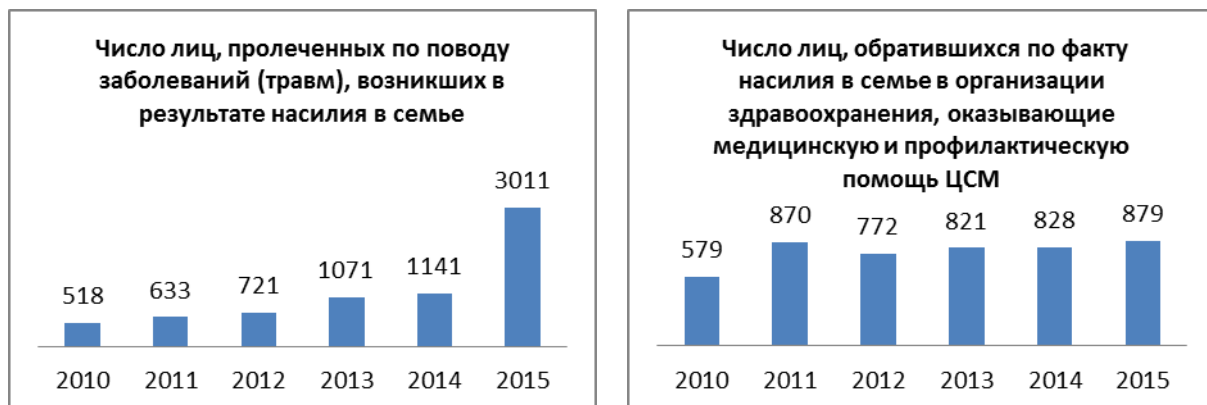
Медицинские работники чаще всего становятся первыми, с кем контактируют ЛПСГН. Медицинские работники пользуются большим доверием как специалисты, которым можно рассказать о факте насилия.

Данные статистики здравоохранения Кыргызской Республики показывают на рост числа лиц, пролеченных по поводу заболеваний (травм), возникших в результате насилия в

семье с 518 в 2010 году до 3011 в 2015 году (Рисунок 2). Также отмечен рост числа лиц, обратившихся в центры семейной медицины с 579 в 2010 году до 879 в 2015 году.

Рисунок 2. Число лиц, обратившихся в органы здравоохранения по факту насилия в семье

(человек)



Источник: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики предпринимает последовательные шаги по повышению качества медицинской помощи пострадавшим от различных форм насилия. Так, в настоящее время принят ряд документов, направленных на предоставление качественной помощи пострадавшим от сексуального насилия, пыток, жестокого обращения и семейного насилия. Клинический протокол «Организация и предоставление медицинской помощи лицам, подвергшимся сексуальному насилию», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 10 января 2014 № 6 года регламентирует порядок приема, осмотра и консультирования лиц, подвергшихся сексуальному насилию. Документирование гендерного насилия осуществляется в соответствии со стандартами Стамбульского протокола, заложенными в Практическом руководстве для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской республики, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 9 декабря 2014 года № 649. Практика предоставления медицинской помощи пострадавшим показала, что существующий подход, когда речь идет о предоставлении только медицинской помощи ЛПСГН недостаточен. Поэтому медицинские работники должны пересмотреть свою роль и применять более широкое понимание практической медицины, включая психологические приемы и методы при оказании медицинской помощи ЛПСГН (диагностики, лечение, документирование).

Министерство здравоохранения выявило что, данные документы не содержат приемы и методы оказания психологической помощи при работе с пострадавшим от насилия. В связи с этим, приказом министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 7 октября 2015 г. №578 была определена необходимость разработки и принятия руководства по психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия.

Разработка руководства по психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия соответствует целям Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года¹, которыми намечена ликвидация всех форм насилия в отношении всех

¹ Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Принята Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года на 70 сессии.

женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми, сексуальную эксплуатацию (Цель 5.2), а также значительное сокращение распространенности всех форм насилия и уменьшение показателей смертности от этого явления во всем мире (Цель 16.2).

2. Цель и задачи руководства

Цель создания руководства состоит в стандартизации процесса оказания психологической помощи лицам, пережившим гендерное насилие.

Задачи руководства:

1. Предоставить целевой группе пользователей современные рекомендации по взаимодействию с лицами, пострадавшими от гендерного насилия.
2. Предоставить алгоритмы коммуникации, снижающие вероятность повторной травматизации пострадавших.

Целевые группы руководства:

Настоящее руководство предназначено для медицинских работников всех уровней здравоохранения, участвующих в оказании качественной медицинской помощи лицам, подвергшимся гендерному насилию. Целевыми группами пользователей являются:

- психологи,
- психотерапевты,
- психиатры,
- судебные психиатры,
- судебные психологи,
- судебно-медицинские эксперты,
- врачи первичной медицинской помощи,
- врачи других специальностей, оказывающие помощь при гендерном насилии,
- социальные работники.

3. Методология

В процессе поиска доказательств были использованы электронные базы данных EBSCO, E-brary, SCOPUS, APA (American Psychological Association), база данных авторов Springer и Rutledge. Глубина поиска – 10 лет.

Практическое руководство написано в соответствии с иерархией достоверности научных данных:

А) Доказательства получены на основании нескольких хорошо спланированных рандомизированных контролируемых исследований² с воспроизводимыми результатами или большого систематического обзора – мета-анализа.

В) Доказательства получены на основании ограниченного числа рандомизированных исследований с неоднородными результатами при недостаточном количестве участников.

²Рандомизированное контролируемое исследование — тип научного (часто медицинского) эксперимента, при котором его участники случайным образом делятся на группы, в одной из которых проводится исследуемое вмешательство, а в другой (контрольной) применяются стандартные методики или плацебо. Источник: <http://medspecial.ru/>

С) Доказательства получены преимущественно на основе открытых нерандомизированных исследований или на основе контролируемых рандомизированных исследований с противоречивыми результатами. Опубликованы сведения об успешном применении метода:

С1 - Неконтролируемые исследования.

С2 - Описание случаев.

С3 - Мнение экспертов и клинический опыт.

Д) Неоднородные результаты (положительные рандомизированные контролируемые исследования перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом).

Е) Отрицательные доказательства (достаточно отрицательных доказательств для того, чтобы рекомендовать отказаться от применения средства / методики в определенной ситуации).

Ф) Недостаточно доказательств.

Практическое руководство основано на анализе международного опыта в области оказания психологической помощи пострадавшим от гендерного насилия, результатов неконтролируемых исследований, а также на основании многолетнего опыта работы с пострадавшими, которые обращались за помощью в кризисные центры. В системе приведенной иерархии доказательств это **соответствует критериям С1, С2 и С3**. Следует отметить, это достаточный уровень доказательности для эмпирических исследований в области медицины и социальных наук [44]. (1)

Выдержки из Международной классификации болезней 10-го пересмотра приведены в Приложении 4, индикаторы ресурсов, процессов и результатов – в Приложении 5.

4. Основные понятия и термины

Термин «гендер» относится к «социально обусловленным самобытным признакам, атрибутам и ролям, отводимым женщинам и мужчинам, к социально-культурному значению, которое общество придает этим биологическим различиям, что влечет за собой создание нежелательных иерархических взаимоотношений между женщинами и мужчинами, равно как распределение власти и прав в пользу мужчин и в ущерб женщинам» [30].

Гендерное насилие определяется как «любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни» [9].

Это всегда нарушение прав человека и форма дискриминации по гендерному признаку [13,14,15].

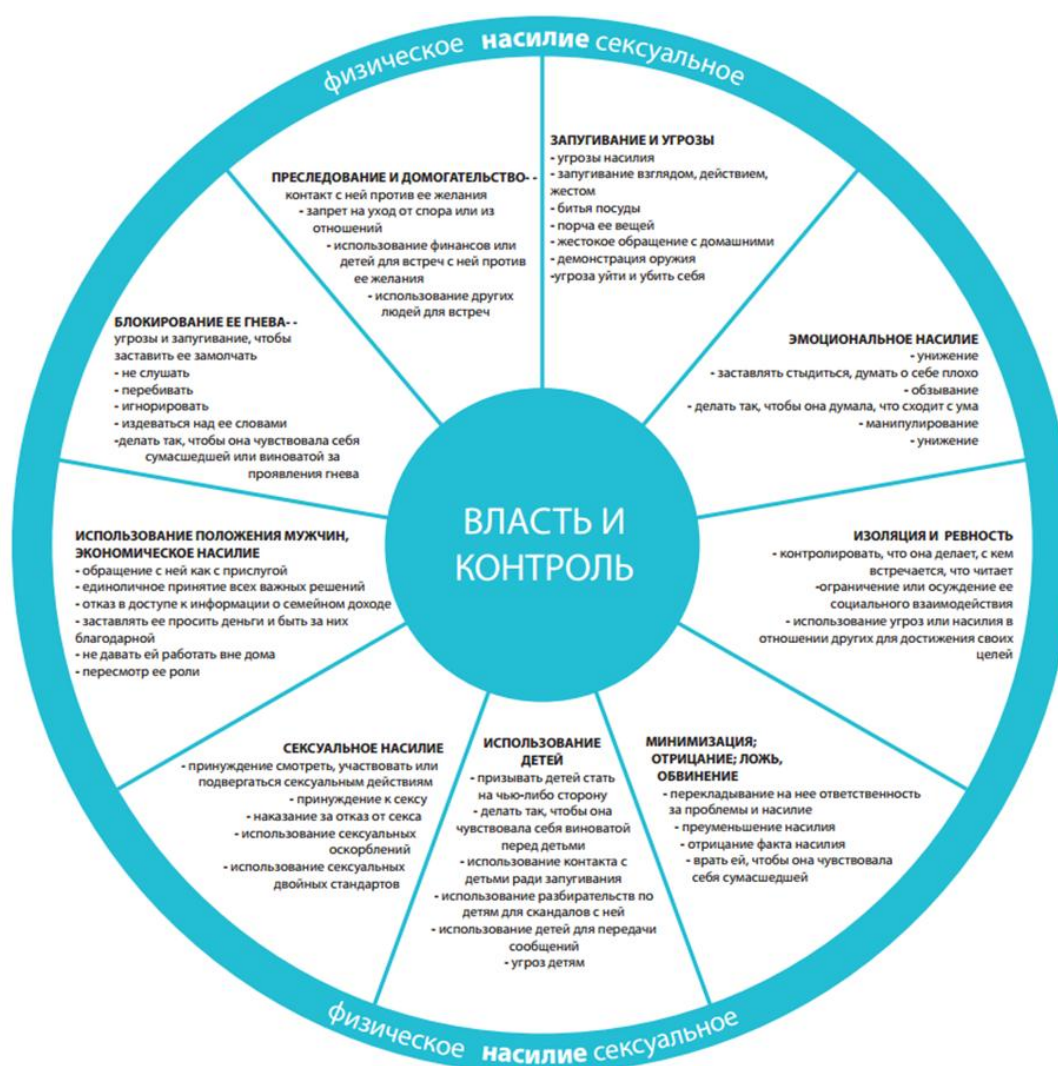
К актам гендерного насилия относятся:

- Изнасилование, в том числе мужем / партнером;
- Попытка изнасилования;
- Другие преступления против половой неприкосновенности;
- Насильственный брак, принудительный брак;
- Похищение женщины для вступления в брак;

- Брак в несовершеннолетнем возрасте;
- Сексуальная эксплуатация;
- Сексуальное домогательство;
- Принуждение к порнографии;
- Принудительные стерилизация и аборт;
- Калечащие операции на женских половых органах;
- Проверка девственности;
- Инцест;
- Принуждение к действиям, которые в данной культуре определяются как постыдные.

Рисунок 3 демонстрирует одну из наиболее используемых классификаций насилия, подчеркивая, что в его основе лежит потребность в контроле и власти.

Рисунок 3. Виды насилия (ВОЗ, 2005)



Лицо, пережившее гендерное насилие/лицо, пострадавшее от гендерного насилия – эти понятия могут применяться в отношении женщин, девочек и мужчин, пострадавших от насилия по признаку пола, и отражают терминологию, используемую в судебном процессе. Термина «жертва» следует избегать, поскольку он подразумевает пассивность, слабость и уязвимость человека и не отражает его свободу и способность восстанавливать физические и душевные силы.

Семейное насилие или насилие в семье – “любое умышленное действие одного члена семьи в отношении другого, если это действие ущемляет законные права и свободы члена семьи, причиняет ему физические или психические страдания и наносит моральный вред либо содержит угрозу физическому или личностному развитию несовершеннолетнего члена семьи” [9].

Означает "все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими" [6]. Две основные формы семейного насилия - это насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей [15,27].

Кумулятивный травматический стресс – хроническое непрерывное воздействие травматического стимула, приводящее к истощению адаптационных ресурсов индивидуума.

Насилие со стороны интимного партнера определяется как "поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический, сексуальный или психологический ущерб, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения. Это насилие как со стороны нынешних, так и бывших супругов и интимных партнеров" [73]

Последствия насилия для психического здоровья ЛПСГН – нарушения нормального для индивида функционирования психических процессов из-за пережитого ГН.

Травматический стресс – событие, которое воспринимается индивидуумом как чрезмерное по силе, нарушающее все уровни адаптации (биологический, личностный, социальный) и требующее трансформации всего жизненного стиля.

Острая реакция на стресс – расстройство, которое проявляется сразу же после чрезмерного по индивидуальной силе воздействия травматического стресса. Может сопровождаться симптомами измененного состояния сознания, двигательными нарушениями (от возбуждения до ступора), длится от нескольких часов до нескольких дней.

Посттравматическое стрессовое расстройство – психическое расстройство, которое развивается в ответ на чрезмерный по силе угрожающий силе травматический стресс.

Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с изнасилованием, - форма посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое развивается у пострадавших от сексуального насилия.

Диссоциация - результат действия комплекса механизмов психологической защиты, приводящий к разъединению отдельных психических и физических функций и контролю над ними.

Соматизированные симптомы - симптомы дисфункции одной или нескольких функциональных систем, не имеющие под собой физиологической основы, определяемой объективными методами исследования.

Стигматизация – социальный феномен выделения лиц по одному или нескольким социально неодобряемым признакам (наличие психического расстройства, СПИД, принадлежность к определенной расе, профессии, статус мигранта и др.)

Суицидальное поведение (СП) – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

Внутренние формы СП:

- Антивитальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни без чётких представлений о своей смерти.
- Пассивные суицидальные мысли – фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.
- Суицидальные замыслы – разработка плана суицида.
- Суицидальные намерения – решение к выполнению плана.

Внешние формы:

- Самоубийство (суицид) – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.
- Суицидальная попытка (парасуицид) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физических последствий.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: например, прервали акт самоповешения).
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

Депрессия - патологически сниженное настроение, которое сопровождается снижением активности и интереса к жизни, длительностью 2 недели и более.

«**Психологом**» может быть названо лицо, имеющее университетское образование по специальности «психология», а также лица, которым в установленном порядке присвоены ученые степени кандидата наук по специальностям психологической науки [33].

Под «**психологическим консультированием**» понимается оказание профессиональной психологической помощи и поддержки человеку (семье) при помощи организации научно обоснованного взаимодействия консультанта и клиента, при котором происходит трансформация проблемы клиента в ресурсное состояние, потенцирующее личностное развитие.

Под **лицом, пострадавшим от насилия** в контексте данного руководства понимается лицо любого пола в возрасте 14 лет и старше, пострадавшее от насилия.

Психологическое сопровождение пострадавшего лица– оказание психологической поддержки обученным специалистом (психологом, социальным работником, врачом-гинекологом) в течение всего периода расследования случая и обращения в суд

Психологическое консультирование ЛПСГН – процесс работы с основными психологическими проблемами, мешающими процессу выздоровления и, таким образом, снижающими качество жизни. Наиболее частыми психологическими проблемами у пострадавших от изнасилования становятся заниженная психическая и физическая самооценка, связанные с этим чувства стыда и вины, беспомощность, негативное отношение к телу, отсутствие доверия к себе и миру, страх близких отношений.

Активное эмпатийное слушание – прием общения, который заключается в том, чтобы услышать ЛПСГН, выделить наиболее важные моменты в высказываниях, побуждая говорить, предоставляя при необходимости обратную связь, отражая эмоции ЛПСГН.

Когнитивная реструктуризация – прием, позволяющий направить повествование ЛПСГН в нужном русле для того, чтобы подчеркнуть наиболее ресурсные стороны поведения ЛПСГН во время и после травматического стресса.

Безусловное позитивное принятие - особый настрой терапевта на уважение и стремление узнать и понять человека, с которым он работает

Безопасное жилье - обеспечено системой безопасности, информация о месте нахождения жилья не должна быть известна насильнику.

5. Последствия семейного насилия для психического здоровья ЛПСГН

Спектр последствий семейного насилия для психического здоровья достаточно широк, включает в себя расстройства рубрики F4 МКБ – 10, такие как генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, агорафобию с паническим расстройством, вплоть до расстройств психотического спектра, также расстройства рубрики F3, такие как депрессивный эпизод разной степени тяжести, а также проблемы, связанные с взаимоотношениями супругов или партнеров рубрики Z63.

Наиболее часто профессионалы сталкиваются с вариантом хронического ПТСР или расстройства личности в результате перенесенного кумулятивного стресса [14, 2, 25]. К симптомам расстройства относятся:

- Унизительная зависимость ЛПСГН от насильника [55, 59]
 - Игнорирование собственных негативных эмоций;
 - Ретрофлексия – вина за то, что происходит, полностью возлагается ЛПСГН на себя. Чрезмерный по силе защитный механизм, помогающий восстановить смысл происходящего (я виновата, поэтому он меня наказывает);
 - Насильник становится центром переживаний ЛПСГН, которое учится распознавать его настроение, эмоции, привычки. Исчезает собственное мнение, только мнение насильника становится важным;
 - Идеализация насильника – любое действие либо бездействие трактуются исключительно позитивно.
- Разрушается уверенность в себе и снижается самооценка.
- Развивается безответственное отношение к своей жизни.
- Появляются признаки первого кластера ПТСР: гипервозбудимости / высокого уровня тревоги с различными клиническими проявлениями, включающими симптомы генерализованного тревожного расстройства и/или панических атак с агорафобией.
- Утрачивается реалистичное восприятие ситуации, окружающей реальности.

- Формируются искаженный, зачастую идеализированный образ партнера и искаженное восприятие себя и своих качеств.
- Решения относительно своих действий, удовлетворения различных потребностей принимаются в зависимости от реакций партнера. Возникают значительные затруднения при принятии любого решения, что связано с неуверенностью в себе и страхом принятия ответственности за свои поступки.
- Оценка действий окружающих людей происходит в соответствии с оценками партнера.
- Возникает желание «спасти» партнера, когда тот попадает в неприятное или трудное положение, при этом часто присутствует радостное возбуждение как ожидание смягчения отношений в качестве ответа на заботу (чего на самом деле почти никогда не происходит).
- Хронический кумулятивный стресс, приводит к:
 - Хронической безнадежности,
 - Общей неудовлетворенностью жизнью, что ведет к:
 - Депрессии, тревоге и социальной изоляции
 - Симптомам соматизации, которые не связываются ЛПСГН с фактами семейного насилия и служат причинами частых обращений за помощью к врачам ПМП.

6. Изнасилование как травматический стресс

Изнасилование рассматривается в качестве одного из сильнейших травматических стрессов не по причинам сексуального характера. Отсутствие возможности контролировать происходящее, крайняя степень беспомощности, грубое посягательство и вторжение не только в физические, но и в личностные границы, наконец, угроза жизни – все вышеперечисленное превращает изнасилование в один из наиболее травматичных стрессов. Острая реакция на стресс после изнасилования развивается у 98% пострадавших [1,7,17,34,37,58]

Клиническая картина острой реакции на изнасилование была описана еще в 1972 г. Энн Бёрджисс (Ann Burgess) и Линдой Хольмстром (Lynda Holstrom). Две исследовательницы интервьюировали и консультировали всех пострадавших от сексуального насилия, обратившихся в отделение неотложной помощи клиники города Бостона. Исследование продолжалось около двух лет, в течение которых они опросили более 600 женщин и идентифицировали «травматический синдром после изнасилования» [39].

Категории МКБ-10 [69] используются в данном руководстве не для стигматизации пострадавшего лица, а для того, чтобы подчеркнуть исключительную по силе травму, которая наносится грубым нарушением телесных и личностных границ.

6.1 Острая реакция на изнасилование (F43, Y05)

Первая стадия травматического синдрома после изнасилования полностью соответствует клиническим критериям острой реакции на стресс. Типы реагирования включают несколько реакций, список далеко неполон, так как атипичной реакции на изнасилование не существует [32,35,36,37].

1. Реакцию борьбы/бегства (fight/flight). Данный тип реакции в классификации Энн Берджисс и Линды Хольмстром получил название «экспрессивного» - ЛПСГН открыто демонстрирует такие эмоции, как нервное возбуждение, ярость, страх. Он/а может плакать, ругаться, кричать, смеяться, даже хохотать.

2. Реакция замирания (freeze). Внешне правильное, упорядоченное и разумное поведение, демонстрируемое в результате функционирования сразу нескольких механизмов психологической защиты, прежде всего отрицания и интеллектуализации. Наблюдателю может показаться, что ЛПСГН маскирует или прячет свои чувства, намеренно принимая спокойный, собранный и сдержанный вид. В этом случае ЛПСГН отстраненно и логично отвечает на вопросы, перечисляя все факты в хронологическом порядке. За подобным поведением всегда скрываются выраженные эмоции, такие как гнев и ужас.
3. Дезориентация. ЛПСГН испытывает дезориентацию, спутанность сознания, не может сосредоточиться, не в состоянии принимать решения. Часто ЛПСГН, рассказывая о случившемся, плохо помнит, что и как именно произошло, путается и допускает фактические ошибки.

6.2. Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с изнасилованием

ПТСР после изнасилования развивается в 58-62% случаев в мирное время [34] и в 90-98% случаев – в военное время [21,24,25].

Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства, связанного с изнасилованием, характеризуется всеми общими критериями ПТСР. Специфический характер травматического стресса определяет особенности проявления ряда симптомов, что позволяет выделить синдром Бёрджисс-Хольмстром как один из вариантов ПТСР [30].

Критерии ПТСР включают в себя [35]:

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме и/ли сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.
3. Получение информации о том, что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо насильственными, либо характеризоваться как несчастный случай.
4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

Примечание: критерий А4 не применим к электронным медиа, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.

В. Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.
2. Повторяющиеся кошмарные сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки - flashbacks), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения).

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (событий).

5. Заметные психологические реакции по отношению к внутренним или внешним признакам чего-либо, символизирующим или напоминающим какой-либо аспект травматического события (событий).

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.

2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают травмирующие воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии.

Д. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).

2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, «Я – плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»).

3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.

4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).

5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях либо отказ от участия в социальных мероприятиях.

6. Чувство оторванности или отчуждения от других.

7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

Е. Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), что начинается после действия стрессора либо усиливается после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1.Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.

2.Безрассудное или аутоагрессивное поведение.

3.Сверхнастороженность.

4.Повышенный рефлекс четверохолмия (резкое вздрагивание в ответ на громкий звук или яркий свет).

5.Проблемы с концентрацией.

6. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

Ф. Нарушения (критерии В, С, D и E) продолжаются более одного месяца.

Г. Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.

Н. Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.

Расстройство может сопровождаться:

Диссоциативными симптомами. Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и в дополнение в ответ на действие стрессора индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1.Деперсонализация. Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)

2.Дереализация. Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо изменённый).

Примечание: для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти, поведение в состоянии алкогольной интоксикации) или другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки).

Указать, если расстройство сопровождается отсроченным началом.

Если расстройство не соответствует всем критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов могут быть незамедлительными).

6.3. Особенности ПТСР, связанные с изнасилованием

К особенностям ПТСР, связанного с изнасилованием, относятся:

А. Появление в картине ПТСР соматизированных симптомов в результате перенесенной потери контроля над собственным телом. Механизм развития

соматизированных симптомов сходен с диссоциацией, в основе которой лежат такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, отрицание и изоляция. При повторных обращениях к специалистам у пострадавших не обнаруживается органических нарушений, которые могли бы стать причиной предъявляемых жалоб.

Соматизированные симптомы посттравматического стресса, связанного с изнасилованием, включают:

1. Общее болезненное ощущение и напряженность во всем теле. Часто болезненные ощущения ограничиваются теми частями тела, которые стали объектом применения силы, – например, горло, грудь, руки или ноги.
2. Озноб, слабость, внутреннее дрожание, холодный пот, чувство онемения во всем теле.
3. Нарушения режима приема пищи. Как правило, пострадавшие от изнасилования переживают значительное ослабление аппетита. Они могут жаловаться на боль в животе, потерю аппетита или на странный вкус еды. Часто пострадавшие испытывают чувство тошноты при одной мысли об эпизоде насилия. В некоторых случаях пострадавшие, напротив, начинают есть больше обычного.
4. Симптомы, относящиеся к конкретному типу сексуального насилия. Например, те, кто был принужден к оральному сексу, могут жаловаться на раздражение во рту и горле. Переживших насильственную вагинальную пенетрацию могут беспокоить выделения из влагалища, зуд, жжение при мочеиспускании и общая боль. Пострадавшие от анального изнасилования могут сообщать о ректальной боли и кровотечении.

Помимо частых соматизированных симптомов, сопровождающих клиническую картину ПТСР, связанного с изнасилованием, Бёрджис и Хольмстром описывают стадийность поведения пострадавших, выделяя:

1. Фазу дезорганизации или острую фазу, включающую острую реакцию на изнасилование, остро развивающиеся физические симптомы, которые могут быть как проявлением физической травмы, так и иметь эмоциональную природу, и острые чувства стыда, вины, загрязнения тела. Эта фаза длится от нескольких дней до 2 месяцев.
2. Фазу отрицания, во время которой пострадавшие безуспешно пытаются заблокировать мысли и воспоминания о случившемся. Некоторые могут оставаться в стадии отрицания годами, так что будет казаться, что они «отошли» от этого, несмотря на то что их эмоциональные проблемы так и не были разрешены. Отрицание может быть частью процесса восстановления пострадавшей, поскольку дает ей возможность собраться с силами перед тяжелой работой по осмыслению травмы и восстановлению. Затянувшаяся стадия отрицания в значительной степени мешает процессу выздоровления.
3. Фаза реорганизации или выздоровления - пострадавшим приходится признать и начать прорабатывать подавляемые до сих пор чувства и страхи; перестраивать себя и свою жизнь, интегрируя в нее приобретенный опыт, искать способы вновь обрести утраченное чувство безопасности.

Ретроспективное исследование травматических переживаний показывает, что реакции на травму часто похожи на реакции на потери и печали. Следующий список — это стадии реакций на травму среди ЛПСГН [39]:

- Шок и бесчувствие. Отрицание, самобичевание и обвинение других — в основном как механизм психологической защиты.
- Осознание потери и кризиса. Когда отходит бесчувствие, начинается боль. Могут возникнуть чувства безысходности, муки, переживания или страха, гнева, ярости.
- Реинтеграция и адаптация – переработка травматичного опыта, поиск ресурсов для дальнейшей качественной жизни

7. Отдаленные последствия ГН

В отдаленном периоде перенесенной травмы могут развиваться различные расстройства, включая агорафобию с паническими атаками, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивный эпизод и другие расстройства, описанные в соответствующих клинических протоколах.

7.1. Хронические изменения личности после изнасилования (F 62.0)

Далеко не все пострадавшие способны переработать травматичный опыт без ущерба для своей личности. Хронические изменения личности после переживания изнасилования представляют собой результат чрезмерных по силе механизмов совладания, с одной стороны, помогающие личности защититься от возможного повторения опасной ситуации, с другой – приводящих к хронической беспомощности, сопровождаемой депрессией, социальной изоляцией и депрессивным когнитивным дефицитом [72-75].

Для диагностики хронических изменений личности, необходимы следующие диагностические критерии:

А. Наличие факта изнасилования или множественных изнасилований в анамнезе.

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустрашимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

1) постоянная враждебность или недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт;

2) социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает ЛПСГН), что не обусловлено имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное);

3) постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы;

4) хроническое чувство существования "на грани" или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт. Это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков;

5) постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

В. Изменение должно обуславливать или существенное нарушение личностного функционирования в повседневной жизни, или личностный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Г. Личностное изменение должно развиваться после переживания катастрофы без указаний в анамнезе на предшествующее расстройство зрелой личности или акцентуацию характера, или расстройства личности или развития в детском или подростковом возрасте, которые могли бы объяснить имеющиеся в настоящее время особенности личности.

Д. *Личностное изменение должно отмечаться минимум 2 года.* Оно не связано с эпизодами другого психического расстройства (кроме посттравматического стрессового расстройства) и не может быть объяснено тяжелым повреждением или заболеванием того мозга.

Е. Личностному изменению, отвечающему вышеперечисленным критериям, часто предшествует посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Симптомы этих двух состояний могут частично совпадать, и личностное изменение может быть хроническим исходом посттравматического стрессового расстройства. Тем не менее, диагноз хронического изменения личности в этих случаях должен определяться только если через два года посттравматического стрессового расстройства в течение еще минимум двух лет отмечаются вышеперечисленные критерии.

7.2. Отдаленные последствия пережитого ГН

К отдаленным последствиям пережитого ГН относятся также необъяснимые соматические симптомы, которые длятся десятилетиями и не диагностируются в рамках соматоформных расстройств [38], так как пострадавшие крайне редко обращаются за помощью к специалистам в области психического здоровья. К ним относятся:

- необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе боли в области таза, сексуальные расстройства;
- необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной и гинекологической системы, в том числе боли в области таза, сексуальные расстройства, инфекции мочевого пузыря и др.;
- необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы.

Доказано, что большинство женщин, которые жалуются на различные хронические необъяснимые симптомы в различных системах органов, испытывали гендерное насилие в той или иной форме [40, 41, 43]. Опыт гендерного насилия у женщин является самым стабильным фактором, предсказывающим развитие мультиорганных необъяснимых симптомов, особенно гинекологических [45; 49,61,63].

Тревога по поводу своего здоровья (ипохондрия) также является одним из долгосрочных последствий гендерного насилия [42,54]. Наконец, все виды гендерного насилия, изученные в отдельности, (сексуальное, физическое, психологическое и др.) независимо коррелируют с повышением числа необъяснимых симптомов [43,56].

7.3. Последствия пережитого изнасилования

Пострадавшие сообщают о появившемся после изнасилования страхе перед сексом и в течение какого-то времени после изнасилования не чувствуют себя в состоянии возобновить привычную сексуальную жизнь. Они испытывают снижение или полное отсутствие сексуального влечения, потерю способности получать удовольствие и/или достигать оргазма, в некоторых случаях сексуальный акт может сопровождаться болью или запустить флешбэк. Если у ЛПСГН на момент нападения не было никакого сексуального опыта, она может начать испытывать обостренный страх перед первым добровольным сексуальным контактом.

В некоторых случаях, вопреки тому, что можно было ожидать, пострадавшие, напротив, начинают вступать в многочисленные сексуальные связи, зачастую с малознакомыми или незнакомыми людьми. Среди причин такого парадоксального изменения в поведении можно назвать стремление вновь обрести способность получать удовольствие от секса; попытки вернуть себе ощущение контроля над своим телом и сексуальностью; непреодолимое желание заново воспроизвести ситуацию, повлекшую травму для того, чтобы выйти из нее с другим исходом; проявления аутоагрессии - ненависти и отвращения к себе и к своему телу, ощущение себя грязной и заслуживающей насилия, диссоциация – они могут повлечь за собой равнодушие к своей сексуальной неприкосновенности и ощущение собственного бессилия и неизбежности насилия [17,18].

ЛПСГН также может беспокоиться о том, как ее партнер отреагирует на известие об изнасиловании, из страха, что он изменит свое к ней отношение. Страх перед сексом, характерный для пострадавших от изнасилования, может значительно обостриться, если ее партнер будет настаивать на возобновлении сексуальной активности, не дожидаясь ее психологической к тому готовности. В связи с серьезным и системным характером стрессов, переживаемых пострадавшей от изнасилования, ее отношения с партнером могут оказаться под угрозой разрыва. Показано, что почти половина пострадавших переживают разрыв романтических отношений в течение года после изнасилования [41,42,44].

8. Практические рекомендации для оказания психологической помощи лицам, пострадавшим от ГН

Практические рекомендации, представленные в руководстве, отвечают нескольким задачам:

1. Описать общие принципы оказания психологической помощи ЛПСГН.
2. Представить план оказания психологической помощи ЛПСГН.
3. Очертить объем мероприятий и правила их проведения для каждого этапа оказания помощи ЛПСГН.

Практические рекомендации включают приемы, которые предупредят повторную травматизацию ЛПСГН на начальных этапах взаимодействия: в скорой помощи, в кабинете судебно-медицинского эксперта, в кабинете гинеколога и врача ПМП. Более подробно информация для ЛПСГН и специалистов, работающих с ними, приведена в Приложениях 2,3.

8.1. Принципы оказания помощи ЛПСГН

Специалисты, предоставляющие помощь пострадавшим, должны руководствоваться следующими принципами, несоблюдение которых ставит под сомнение эффективность интервенций [32, 33, 48,51]:

1. **Безопасность.** Этот принцип устанавливает необходимость убедиться, что пострадавшей от ГН и ее семье ничего не угрожает. Специалист, предоставляющий помощь, должен проводить все разговоры с ЛПСГН в безопасной обстановке. Для этого необходимо выяснить, есть ли у ЛПСГН безопасное место для проживания, может ли она/он столкнуться с насильником. При необходимости следует предложить ЛПСГН меры для обеспечения безопасности.
2. **Обеспечение отсутствия дискриминации** в отношении женщин в системе здравоохранения (статья 12 Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин). Этот принцип обеспечивает достойное обращение с каждым пострадавшим независимо от пола, расы, этнического происхождения, образа жизни или обстоятельств инцидента(ов). Специалист, предоставляющий помощь, должен относиться ко всем пострадавшим, в том числе из маргинализированных групп, одинаково, быть в курсе собственных предрассудков о гендерном насилии и не должен позволять им влиять на отношение к потерпевшей(шему).
3. **Конфиденциальность.** Сохранение конфиденциальности означает, что никто, кроме уполномоченных лиц медико-санитарной помощи, не имеет доступа к медицинской информации (печатные материалы, видеокассеты и т. д.) о пострадавших без их разрешения. Конфиденциальность является важной мерой для обеспечения безопасности лиц, переживших ГН, и должна соблюдаться постоянно. Это включает в себя обмен только необходимой информацией только по необходимости или по просьбе и только с согласия пострадавшей. Сохранение конфиденциальности гарантирует, что ЛПСГН или члены ее/его семьи не подвергнутся дальнейшим угрозам и/или насилию в результате обращения за помощью. Обмен конфиденциальной информацией в психосоциальной профессии означает, что некоторая информация может быть передана другим коллегам психосоциальной сферы исключительно на основании принципа «необходимости», т. е. если на это есть медицинские причины. Это должно быть объяснено пострадавшей заранее, и она должна понимать, какая информация и кому будет передана, какие выгоды и риски это принесет, а также должно быть получено согласие пострадавшей на передачу информации. Специалисты, предоставляющие помощь, должны обеспечить конфиденциальность при проведении консультации и предоставить женщине информацию о пределах конфиденциальности (в случае обязательного предоставления информации). В случае ГН в отношении несовершеннолетних информированное согласие на передачу информации в правоохранительные органы не требуется. Профессиональная и служебная необходимость, при наличии которой допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, предусмотрена статьей 91 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»:
 - в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
 - при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
 - по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
 - в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей или законных представителей;
 - при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

4. **Информирование и согласие.** Пострадавшие должны быть проинформированы о праве обратиться в правоохранительные органы, в организации здравоохранения и кризисные центры. Потерпевшие от изнасилования должны быть проинформированы о постконтактной профилактике ИППП, ВИЧ и нежелательной беременности в первые 72 часа.
5. **Подход, ориентированный на потребности.** Для сотрудников, оказывающих помощь, приоритетными должны быть права, потребности и пожелания ЛПСГН.
6. **Безусловное принятие позиции** ЛПСГН по поводу произошедшей с ней\ним травмы и ее значения. Помогающий специалист должен отказаться от определения тяжести и последствий произошедшего за ЛПСГН но должен предоставить возможность ей\ему самостоятельно выразить свою позицию и ощущения. Навязывание степени тяжести произошедшего и определение чувств ЛПСГН за нее\него может привести к дальнейшей травматизации и неверию в выздоровление.
7. **Создание безопасных условий при оказании первичной помощи:** поддержка дистанции межличностного общения (120-150 см), использование физических барьеров в случае необходимости, достаточное время для налаживания первичного контакта со специалистом.
8. **Создание доверительной обстановки путем визуальной и акустической изоляции.** В помещении столы, кушетки, гинекологические кресла, стулья должны быть направлены в сторону от дверей и окон, так, чтобы посторонние не могли увидеть ЛПСГН во время консультирования и\или обследования, окна должны быть зашторены, и зоны разделены ширмами.
9. **Осведомленность и соблюдение культуральных особенностей** при оказании помощи или проведении консультаций. Представители помогающих профессий должны быть осведомлены о культуральных особенностях, продиктованных региональной, этнической, религиозной или языковой принадлежностью ЛПСГН или ее\его семьи. Специалисты должны стараться учитывать вышеперечисленные факторы при проведении осмотра или оказании помощи, особенно при наличии возможных культуральных различий между ЛПСГН и специалистами.
10. **Принцип «не навреди»** обеспечивает равновесие между полезным действием и вредом»

8.2. Алгоритм оказания психологической помощи ЛПСГН

Оптимальный алгоритм оказания помощи ЛПСГН имеет много общего с подходом к оказанию психологической помощи больным ПТСР и пострадавшим от различных видов насилия, но и имеет свои особенности. Одни из целей любой психологической помощи, которые являются актуальными и при помощи пострадавшим от гендерного насилия, – это *восстановление позитивного отношения к себе, контроля над собой, принятие себя*, а также восстановление контроля над своим телом и своей жизнью, которые были потеряны после грубого вторжения в границы личности.

В работе с ЛПСГН специалисты применяют **эмпатийное активное слушание**. Прием заключается в том, чтобы услышать ЛПСГН, выделить наиболее важные моменты в ее\его высказываниях, побуждая ее\его говорить, предоставляя, при необходимости, обратную связь, отражая эмоции ЛПСГН. Применение данного подхода на начальных этапах взаимодействия крайне важно, так как дает возможность ЛПСГН высказаться без спешки,

исключает давление на ЛПСГН и позволяет ей\ему почувствовать, что ее\его ситуация не безразлична для работающих с ней\ним специалистов.

Поиск внутренних ресурсов для дальнейшего выздоровления – побуждение к свободному рассказу о достижениях, которые были в личном опыте ЛПСГН до травмирующей ситуации. К ресурсам относятся любые переживания безопасности, чувство свободы и контроля над собой и окружающим миром.

8.3. Пошаговые рекомендации по оказанию психологической помощи

Шаг 1. Диагностическое интервью/опрос

Приветствие и информирование. Приветствуйте ЛПСГН в доброжелательной манере (встаньте, встретьте у входа, проводите в помещение, предложите ей\ему сесть). Представьтесь, назвав фамилию, имя, отчество. Попросите ЛПСГН представиться. Во время интервью:

- избегайте физического контакта с лицом, пережившим ГН, или сопровождающими лицами, а также резких движений. Это может оказаться стрессом для лиц, переживших ГН, особенно для людей, страдающих от физического насилия;
- спросите ЛПСГН о ее\его желании участвовать в интервью самостоятельно или в присутствии ее\его сопровождающих;
- спросите ЛПСГН о ее\его желании работать со специалистом определенного пола;
- проинформируйте ЛПСГН о праве обратиться в правоохранительные органы и организации здравоохранения, об имеющихся службах помощи и кризисных центрах, о постконтактной профилактике ВИЧ, ИППП и нежелательной беременности в первые 72 часа (в случае изнасилования), о праве выбора получить или отказаться от помощи.

Информированное согласие. Получите у пострадавшего лица письменное информированное согласие на услуги, которые будут предоставлены. Если ЛПСГН не умеет читать и писать, заявление о согласии должно быть прочитано для нее\него и должно быть получено устное согласие (данный факт будет указан в форме осознанного согласия или других формах). При устном изъяснении согласия желательно присутствие свидетелей со стороны учреждения. Предоставьте надлежащую информацию для осознанного согласия. Сообщите ЛПСГН, о возможных последствиях обмена информацией о случае с другими учреждениями/поставщиками услуг. Объясните ЛПСГН о правах на ограниченное согласие и на выбор, какая информация будет оглашена, а какая будет храниться в тайне.

Разъяснение принципа конфиденциальности. Проинформируйте ЛПСГН об обязательной юридической отчетности медицинских и правоохранительных учреждений перед прокуратурой об инцидентах/случаях ГН. Также проинформируйте о необходимости возможной госпитализации в случае выявления сиюминутных мыслей о суициде или нанесении себе физических повреждений, а также мыслей или стремлений навредить другим людям. Объясните ЛПСГН возможную необходимость сообщить информацию о ее намерении навредить окружающим, правоохранительным органам. Напомните ЛПСГН о том, что в случае судебного разбирательства вся информация, может быть предоставлена суду.

Опрос. Попросите ЛПСГН описать своими словами, что произошло, рассказать о лице, совершающем насилие, о видах насилия, текущем инциденте ГН и предыдущих инцидентах ГН. Во время опроса давайте возможность ЛПСГН высказаться, не торопите, давайте понять, что у Вас есть необходимое время, чтобы выслушать.

Информация, которую необходимо выяснить при опросе:

- оцените уровень опасности в настоящий момент. При любых мерах вмешательства основное внимание следует уделять безопасности как вопросу первостепенной важности [67,69,70,71];
- основные потребности ЛПСГН (голод, жажда, сонливость) и возможность их удовлетворения;
- информацию о ЛПСГН, включая: демографическую информацию (имя, возраст, пол, национальность, количество детей, семейное положение, образование и т. д.), полученное согласие, анамнез (т.е. общую медицинскую и гинекологическую историю), результаты физического обследования, исследований и их результатов, план лечения, данные или назначенные лекарственные препараты;
- положение детей, их отношение к ГН, их отношения с родителями, их подверженности насильственному обращению в семье;
- факторы риска (наличие детей в семье, отсутствие у ЛПСГН альтернативного места жительства или места работы, беременность и т.д.);
- краткосрочные и долгосрочные последствия насилия (физического, психического и социального);
- факторы защиты (поддержка со стороны третьих лиц и семьи, наличие у ЛПСГН профессии и места работы, наличие у ЛПСГН альтернативного места жительства, финансовое положение и т.д.).

Подходы и техники при проведении опроса и первичного осмотра. Проведение опроса и первичного осмотра является важной частью предоставления психологической помощи ЛПСГН, так как в процессе первичного интервью налаживается контакт с ЛПСГН, она/он начинает раскрываться и доверять специалисту, проводящему опрос. Поэтому в процессе проведения опроса важно проявлять терпение, давать ЛПСГН время рассказать свою историю, не давить на нее/него, не торопить, формируйте атмосферу доверия.

- Прежде чем задать вопросы, подождите, пока ЛПСГН закончит свой рассказ. Затем предупредите ЛПСГН, что Вам нужно задать необходимые вопросы для вашей работы и попросите разрешения на это.
- Объясните, что нет необходимости рассказывать о том, что неприятно. Пострадавшие могут опустить или избегать описания подробностей насилия, которые являются особенно болезненными или травмирующими.

Как задавать вопросы о гендерном насилии?

1. Избегайте задавать вопросы о ГН обратившемуся лицу в присутствии члена семьи, друга или детей.

2. Задавайте вопросы для разъяснений и уточнений, только после того, как она/он завершит свой рассказ.

Используйте «прояснение» и «уточнение»:

- «Если я вас правильно понял/а...»,
- «Только что Вы сказали...»,
- «Я услышал/а, что Вы...»,
- «Правильно ли я Вас понял/а, что...»,
- «Расскажите поподробнее об этом. Могли бы Вы более полно описать...»

3. Сформулируйте вопросы в благоприятной и непредвзятой манере, используя сочувствующий тон.

Примерные вопросы:

- Как вы себя чувствуете?
- Вы можете говорить о том, что случилось?
- Какие чувства вы испытываете сейчас?
- Какие меры безопасности вы предприняли, чтобы избежать повторного насилия?
- Вы можете довериться кому-либо из родственников?
- Что вас останавливает для обращения в правоохранительные органы?
- Есть ли у вас свидетели?

4. Избегайте закрытых и альтернативных вопросов (содержащих «или»)

- Все, что говорит клиент, называется «текстом», и вопросы нужно задавать к «тексту», а не к своей интерпретации того, что говорит ЛПСГН.
- Используйте открытые вопросы: Что? Когда? Как?

Шаг 2. Осуществление перенаправления ЛПСГН к другим поставщикам услуг

Сообщите ЛПСГН о возможности быть направленным к другим поставщикам услуг согласно ее/его просьбе и/или при необходимости. В соответствии с потребностями и желаниями ЛПСГН, направьте ее/его к другим поставщикам услуг. Получите информированное согласие ЛПСГН на осуществление направления. Дополнительно обсудите принципы конфиденциальности с ЛПСГН – напомните о праве выбора того, какая информация будет представлена другим поставщикам услуг, а какая – нет. Напомните о правовом регулировании данного процесса. Некоторыми ключевыми службами, которые могли бы обеспечить существенную поддержку ЛПСГН, являются:

- ближайшее учреждение, которое может помочь ей/ему в сборе доказательств;
- органы внутренних дел (для представления официальной жалобы);
- медицинское учреждение для оказания медицинской помощи;
- центры предоставления долгосрочной психологической помощи;
- социальные работники, центры социальной помощи, кризисные центры, предоставляющие услуги временного проживания, поддержку в процессе поиска жилья, работы, юридической поддержки.

Имейте в наличии каталог учреждений/организаций, которые предоставляют услуги ЛПСГН. Предоставьте ЛПСГН полную и достоверную информацию о поставщиках услуг, следуя схеме, описанной ниже:

КТО – какое учреждение/организация предоставляет услуги ЛПСГН, включив контактную информацию лица (имя, номер телефона), с которым можно связаться, чтобы получить возможность воспользоваться данной услугой;

ЧТО – какую помощь они могут получить от конкретного поставщика услуг, включая информацию о расходах, связанных с использованием данной услуги;

ГДЕ – точное расположение (точный адрес) места предоставления указанных услуг, график работы.

При осуществлении направления дополните при необходимости, телефонным разговором с другим поставщиком услуг. Это необходимо сделать, чтобы оградить ЛПСГН

от многочисленных опросов, проходя снова через психологическую травму, вызванную инцидентом ГН.

Поощряйте самостоятельность ЛПСГН путем предоставления ей/ему возможности самостоятельно осуществить направление.

8.4. Оценка тяжести психологических последствий гендерного насилия

Оценка тяжести последствий изнасилования для психического здоровья

А. Если пострадавшая доказанного акта изнасилования моложе 16 лет, то психологические последствия перенесенного травматического стресса следует оценивать как *«тяжелые»* независимо от того, каким образом сама пострадавшая интерпретирует случившееся.

Обоснование: До 16 лет сексуальное развитие личности проходит период становления. Грубое вторжение в личностные и телесные границы в возрасте до 16 лет нарушает личностную динамику и приводит к необратимым для личности последствиям (Тарабрина, 2009).

Б. Если пострадавшая от изнасилования старше 70 лет, то психологические последствия перенесенного травматического стресса следует оценивать, как *«тяжелые»* независимо от того, каким образом интерпретируется случившееся.

Обоснование: Доказано, что в старческом возрасте (70 и старше) изнасилование вызывает обесценивание предыдущего сексуального опыта и воспринимается как особенно унижающий акт.

В тех случаях, когда у пострадавшей развивается состояние измененного сознания, диссоциативные расстройства любой диагностической категории, психотическая симптоматика, по времени связанная с изнасилованием, а также фиксируется одна или несколько суицидальных попыток, то последствия изнасилования для психического здоровья ЛПСГН следует оценивать, как *«тяжелые»*. Выявление высокого суицидального риска, вероятности нанести вред другим (например, детям) требует принудительной госпитализации в соответствии с Законом Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан на ее оказание» [7] на срок до 3 дней.

В других случаях тяжесть последствий изнасилования для психического здоровья пострадавшей в других случаях должна проводиться **только квалифицированным специалистом в области психического здоровья**, предпочтительно судебным психиатром или психологом. Клиническое интервью с пострадавшей обязано сопровождаться объективизацией оценки тяжести перенесенного травматического стресса в соответствии с приведенным ниже алгоритмом. В качестве переменных для проведения оценки взята тяжесть суицидального риска по клиническому интервью, зафиксированная в протоколе шкалы оценки риска суицида (ШОРС) (Приложение 1);

Оценка суицидального риска по клиническому интервью.

Оценка суицидального риска включает в себя анализ факторов риска суицида и клиническую оценку суицидальных намерений пострадавшей. Ниже перечислены критерии высокого суицидального риска. При обнаружении хотя бы одного из критериев пострадавшую следует госпитализировать. Состояние **высокого суицидального риска** может быть диагностировано при наличии у ЛПСГН при выявлении у ЛПСГН:

- Устойчивых фантазий о смерти, прямых или косвенных высказываний о нанесении себе телесных повреждений или самоубийстве (высказывания и фантазии могут варьироваться от представления себя мертвой до таких высказываний как «Я хотела бы уснуть и не проснуться», либо высказываний о том, что пострадавшая не представляет себе жизни после произошедшей травмы);
- Высказывания сожаления о том, что «пострадавшая осталась в живых»;
- Состояние тяжелой депрессии (см. клинический протокол по депрессии);
- Высказывание открытого желания нанести себе физический вред или покончить с собой;
- Описание конкретного плана нанесения себе повреждений или совершения самоубийства.

Вышеописанные признаки могут сопровождаться и усугубляться:

- Проявлением чувств тяжёлого стыда и вины за произошедшее,
- Проявлением тяжелой обиды, негативного отношения к себе,
- Выражение отвращения к своему телу и к себе как личности,
- Высоким уровнем безнадежности в высказываниях и отсутствием надежды на выздоровление или получение помощи,
- Заметной импульсивностью в поведении, отличной от привычного поведения потерпевшей,
- Выраженным физическим или психическим страданием (болевым синдромом).
- Суицидальный риск должен оцениваться как очень высокий, если:
- У пострадавшей были попытки покончить с собой или попытки нанесения себе физических повреждений;
- У пострадавшей отсутствует социально-психологическая поддержка со стороны семьи.

Результаты клинического интервью фиксируются в протоколе шкалы оценки риска суицида – ШОРС.

Таблица 1. Определение тяжести последствий для психического здоровья по результатам клинического интервью, опросникам и клиническим оценочным шкалам

Суицидальный риск ШОРС (Приложение 1)	Тяжесть последствий изнасилования для психического здоровья
Зафиксированная парасуицидальная попытка	Тяжелые
Умеренный СР	Тяжелые / умеренные, нуждается в дальнейшем наблюдении
Низкий СР или нет СР	Умеренные

Специалист в области психического здоровья будет оценивать последствия ГН для психического здоровья ЛПСГН в момент обследования. Методики, выбранные для руководства, применимы как для острого периода после травмы, так и для первых нескольких недель после перенесенного изнасилования.

Показания для срочного перенаправления ЛПСГН к психиатру

Если специалист помогающей специальности отмечает любое поведение из перечисленных ниже, ЛПСГН следует госпитализировать даже при отсутствии согласия с ее

стороны в соответствии с Законом Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [7] на срок до 3 дней:

А. Высокие показания шкал, свидетельствующие об опасности причинения вреда себе или окружающим.

Б. Поведенческие признаки

- ЛПСГН кажется спокойным, но не ориентируется в собственной личности, месте, времени, у нее/него блуждающий или застывший взгляд;
- ЛПСГН находится в состоянии двигательного возбуждения (бежит, дерется, срывает с себя одежду) и не реагирует на окружающее;
- Не помнит, что с ней/ним произошло;
- Не узнает близких и знакомых;
- Не может двигаться или пошевелить руками, хотя признаков грубых физических повреждений нет;
- У пострадавшей/его судороги (любого характера);
- Пострадавшее лицо разговаривает само с собой, к чему-то прислушивается;
- Пострадавшее лицо находится в одной позе без изменения положения тела минутами;
- Пострадавшее лицо пытается дотянуться и схватить предметы, которыми может поранить (или убить) себя и окружающих; наносит себе вред.
- Рассказывает о том, что за ней следят, каждый мужчина хочет ее изнасиловать, ее мысли читают или любые другие ложные суждения;
- Стереотипно выполняет странные, выпадающие из контекста данной конкретной культуры действия (качает невидимого ребенка, пишет что-то, пытается проглотить несъедобные предметы).

Обсуждение решения о госпитализации ЛПСГН

По принятии специалистом решения о принудительной госпитализации необходимо провести с ЛПСГН беседу по факту данного решения и объяснить позицию специалиста или учреждения, которое осуществляет направление на принудительную госпитализацию. Так как принудительная госпитализация может быть травматичным событием и восприниматься как негативные последствия обращения за помощью, необходимо максимально разъяснить позицию специалиста, доводы в пользу госпитализации, и также, по возможности, добиться согласия на добровольную госпитализацию.

Если ЛПСГН находится в измененном состоянии сознания или найдено после суицидальной попытки, а также при наличии признаков психотического расстройства с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, необходимо госпитализировать без промедления.

Библиография

1.	Аверьянов В.В. Психологическая травма как патогенный фактор развития личности // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (Санкт-Петербург, 5-7 июня 2006 года) / под общей редакцией И. А. Баевой, Ш. Ионеску, Л. А. Регуш, С. А. Чернышёвой. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2006 – С. 135-136.
2.	Вызывайте, когда будет убивать. Реагирование государства на семейное насилие в Кыргызстане. Отчет Хьюман Райтс Вотч, октябрь, 2015.
3.	Выступление Генерального секретаря ООН (2006г.) по всестороннему исследованию по проблеме насилия в отношении женщин. A/61/122/Add.1
4.	Добряков И. В., Никольская И. М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009 – Т. 109. – №12. – С. 29-33.
5.	Доклад Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики о соблюдении прав и свобод человека и гражданина в Кыргызской Республике в 2014 году.
6.	Елиференко А., Темирова Т., Молдошева А. /Сколько стоит насилие в семье? (При поддержке совместного проекта Европейского Союза и ООН): http://www.kg.undp.org/content/dam/kyrgyzstan/Publications/gender/UNDP-kgz-How-much-violence-in-a-family-costs.pdf
7.	Ениколопов С., Кузнецова Ю., Чудова Н. (2014) Агрессия в обыденной жизни / Изд-во Российская политическая энциклопедия, С. 496, Женщина в переходный период // Проект.
8.	Женщины и мужчины Кыргызской Республики.//Сборник Национального статистического комитета Кыргызской Республики. Бишкек. 2015: http://www.stat.kg/media/publicationarchive/534f0c98-fb76-4922-b8c1-6b8b8f44ba27.pdf
9.	Закон КР "О социально-правовой защите от насилия в семье" от 25 марта 2003 года № 62.
10.	Закон Кыргызской Республики от 17 июня 1999 года №60 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (В редакции Законов Кыргызской Республики от 20.03.2002 г. №41, 15.07.2003 г. №150, 18.12.2003 г. №236, 08.06.2005 г. №73, 04.07.2005 г. №88, 06.07.2016 г. №99)// http://www.base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=305
11.	Информационный бюллетень ВОЗ «Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин». Ноябрь 2016// http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ru
12.	Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Общая рекомендация № 30, 2013 г. - Женщины при предотвращении конфликтов, во время военных конфликтов и в послевоенных условиях. (ОР № 30 к КЛДЖ).
13.	Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Отчет с пояснениями к Стамбульской конвенции), 2011 г.
14.	Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбульская конвенция), 2011 г.
15.	Конвенция о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием, официальный сайт Бюро договоров Совета Европы: http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=210&CM=1&CL=ENG

16.	Конституция Кыргызской Республики/ http://www.gov.kg/?page_id=263 .
17.	Моррисон Э.и Орландо, Б. 2004 г. //Последствия гендерного насилия и вызванный им ущерб в развивающихся странах: выбор методики анализа и новые данные: http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPGENDER/Resources/ResultsGenderViolenceRU.pdf
18.	Насилие в отношении женщин. Ответ сектора здравоохранения. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82753/13/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_rus.pdf?ua=1
19.	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (Нацстатком), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика] и ICF International 2013. Медико-Демографическое Исследование Кыргызской Республики 2012. Бишкек, Кыргызская Республика и Calverton, Maryland, США: Нацстатком, Минздрав и ICF International: http://mineconom.gov.kg/Docs/macro/154_0.pdf
20.	Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов – новая арт-терапевтическая технология //Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2010(10), №2.; 2011, №1 (11).
21.	Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков; учеб.пособие для врачей и психологов. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2009. – 51 с.
22.	Официальный сайт Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин:
23.	Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011–2012 гг. Национальный комитетом по конфиденциальному расследованию материнской смертности при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек, 2012.С.45.
24.	Помощь жертвам, пережившим кризисное событие / Методическое пособие общественного центра «Сестры». Москва, 2011 год
25.	Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / под общей редакцией Н. В. Тарабриной. – Часть 1. Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
26.	Пресс-конференция начальника Главного управления общественной безопасности МВД Э.Баева / http://info.24.kg/obschestvo/6623_v_kyrgyzystane_v_2014_godu_iz_66_faktov_seksualnogo_nasiliya_v_otnoshenii_detey_shest_prekraschenyi_za_primireniem_storon
27.	Продвижение добросовестного управления для достижения социальной справедливости. (ЕС в сотрудничестве с ООН, 2014): http://abt.kg/news/show/48
28.	Резолюция Совета безопасности № 1820, принятая СБ ООН на его 5916-м заседании 19 июня 2008г.
29.	Тарабрина Н. (2009). Психология посттравматического стресса/М.: Изд-во «Институт психологии РАН».
30.	Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и Центральной Азии. // Сборник материалов /Региональное бюро ЮНФПА для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Сеть WAVE и ЮНФПА. 2014: http://www.health-genderviolence.org/sites/default/files/download/WAVE-UNFPA%20RUSSIAN%20.pdf
31.	Федунина Н. Ю. (2006) Экстренная психологическая помощь. Законы жанра//

	Московский психотерапевтический журнал, № 4.
32.	Эйдемилер Э. Г., Никольская И.М., Беляков Н.А. Арт-терапия – терапия искусством и творческим самовыражением// Немедикаментозная терапия / Под ред. Н. А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 149-232.
33.	Этический кодекс психологов. Издательство Американского университета в Центральной Азии, Бишкек 2013.С. 45
34.	Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства под ред. Э. Б. Фoa, М. Т. Кина, М. Дж. Фридмана (Е. В. Фoa, Т. М. Keane, М. J. Friedman, 2000). – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
35.	Acierno R et al. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 13:541–563.
36.	American Psychiatric Association. (2013). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> (5th ed.). Washington, DC: Author.
37.	Bracha S., Williams A, Haynes S., Kubany E., Ralston T., & Yamashita J. (2004) The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): a brief checklist for acute distress, with panic-like sympathetic indicators; development and factor structure. <i>Ann Gen Hosp Psychiatry</i> . 2004;3:8
38.	Bracha, S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. <i>CNS spectrum</i> . Vol. 9 – N. 9
39.	Brownmiller S. <i>Against our Will: Man, Woman and Rape</i> . New York, 1976.
40.	Burgess A., Holmstrom R. Rape trauma syndrome // <i>American J. of Psychiatry</i> . – 1974. – V.
41.	Cambron, C., Gringeri, C., & Vogel-Ferguson, M. B. (2014). Physical and mental health correlates of adverse childhood experiences among low-income women. <i>Health & social work</i> , 39(4), 221-229.
42.	Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., & ... Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. <i>Archives of Internal Medicine</i> , 162(10), 1157.
43.	Campbell, R., Lichty, L. F., Sturza, M., & Raja, S. (2006). Gynecological health impact of sexual assault. <i>Research in Nursing & Health</i> , 29(5), 399-413.
44.	Chandler, H., Ciccone, D., & Raphael, K. (2006). Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. <i>Pain Medicine</i> , 7(4), 344-352.
45.	CINP (Международное общество нейропсихофармакологии). Технический обзор рабочей группы «Обоснованное применение антидепрессантов». – 2006. –СПб. – 174 с. 131. – Р. 981-985.
46.	Coker, A., Sanderson, M., Fadden, M., & Pirisi, L. (2009). Intimate partner violence and cervical neoplasia. <i>Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine</i> , 9(9), 1015-1023.
47.	Domestic Abuse Intervention Programs, The Duluth Model: http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html . (Domestic Abuse Intervention Programs)
48.	Domestic Violence Assessment Instrument (DOVA). Loeky Drozen, Aim for Human Rights/Rights for Change, 2010.
49.	Dowdall-Thomae, C., Culliney, S., Piechura, J. (2009). Peer Support Action Plan: Northwest Fire and Rescue. <i>International Journal of Emergency Mental Health</i> , vol. 11, no. 3, pp. 177-184.
50.	Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are

	more common in women exposed to violence. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 22(12), 1668-1673.
51.	Egan, Gerard. (1998). <i>The Skilled Helper</i> , 6th ed. Pacific Grove, CA: Brookes/Cole.
52.	Everly, G.S., Jr., and Mitchell, J.T. (1997). <i>Critical Incident Stress Management: A new era and standard of care in crisis intervention</i> , Chevron Publishing Corp.
53.	Freddy J.R., Donkervoet J.C. (1995) Traumatic stress: An overview of the field. – In Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), <i>Traumatic stress. From theory to practice</i> (pp. 3-28). New York: Plenum.
54.	Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). <i>Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide</i> . New York, NY: Springer Science & Business Media.
55.	Graham, Dee L. R., Edna I. Rawlings, and Roberta K. Rigsby. (1994). <i>Loving to Survive: Sexual Terror, Men's Violence and Women's Lives</i> . New York: New York University Press.
56.	Gray J. (1988). <i>The Psychology of Fear and Stress</i> . 2nd Ed., NY, Cambridge University Press. Golding J. (1999). Sexual-assault history and long-term physical health problems: Evidence from clinical and population epidemiology. <i>Current Directions in Psychological Science</i> (Wiley-Blackwell), 8(6), 191-194.
57.	Heise, Lorie L. (1998), Violence against women: an integrated, ecological framework, <i>Violence against women</i> , 4(3): 262-290.
58.	Heise, Lorie L., Pitanguy, Jacqueline, Germain, Adrienne (1994), <i>Violence against Women, The Hidden Health Burden</i> , World Bank Discussion Papers, 255. (Heise et al 1994)
59.	Horowitz M.J., Becker S.S. <i>Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // Psychoanalysis and contemporary science</i> . Vöol. 1 / Eds. R. Holt, E. Peterfreund. – N.Y., Macmillan, 1972.
60.	Jansen, A., Nguyen, V., Karpitskiy, V., Mettenleiter, T. C., & Loewy, A. D. (1995). “Central command neurons of the sympathetic nervous system: Basis of the fight-or-flight response.” <i>Science</i> , 270, 644 -646.
61.	John, R., Johnson, J. K., Kukreja, S., Found, M., & Lindow, S. M. (2004). <i>Domestic violence</i> :
62.	Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lazarus R.S. (1981) Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and uplifts versus major life events. – <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 4, 1-39.
63.	Kessler R.C. Posttraumatic stress disorder the burden to the individual and to society / R.C. Kessler // <i>J. Clin. Psychiatry</i> . 2000. – Vol. 61. – P. 4-12.
64.	Leithner, K., Assem-Hilger, E., Naderer, A., Umek, W., & Springer-Kremser, M. (2009). Physical, sexual, and psychological violence in a gynecological–psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 144, 168-172
65.	Levin, P. (1997) <i>Awaking the Tiger-Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences</i> . Berkeley, California: North Atlantic Books.
66.	МОНЕЕ (Центральная и Восточная Европа, СНГ, страны Балтики). Региональный мониторинговый доклад № 6 / под ред. Гащпрал Файтома, 2007.
67.	Prevalence and association with gynecological symptoms. <i>BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 111, 1128-1132.
68.	Resolution 1325 (2000) Adopted by the Security Council at its 4213th meeting, on 31 October 2000
69.	Schwendinger J. Schwendinger, H.(1983) <i>Rape and Inequality</i> (SAGE Library of

	Social Research)
70.	UN Department for Economic and Social Affairs (2004), 2004 World Survey on the role of women in development: Women and international migration. (UN DESA 2004)
71.	UNFPA (2013), A monitoring mechanism for multi-sectoral cooperation to prevent and respond to domestic and gender-based violence in Osh and Jalal-Abad, authors: T. Isakunova, L. Ilbezova, T. Tyulekova. (UNFPA 2013)
72.	WHO (2005a), Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence, authors: Claudia García-Moreno, Henrica A.F.M. Jansen, Charlotte Watts, Mary Carroll Ellsberg, Lori Heise. (WHO 2005a)
73.	WHO (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines. (WHO 2013)
74.	WHO, PAHO (2012). Understanding and addressing violence against women. Introduction.
75.	World Health Organization. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organization

Приложение 1. Шкала оценки риска суицида Паттерсона

(ШОРС)

Фактор	Значение
Пол	1 – мужской; 0 – женский
Возраст	1 - <19 лет или >45
Депрессия	1 – если есть
Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
Нарушение рационального мышления (фиксация на травме, депрессивное сужение восприятия)	1 – расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве
Болезнь	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2, низкий риск	Наблюдение
3 – 4, средний риск	Дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5 – 6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7 – 10, очень высокий риск	Госпитализация (в том числе принудительная)

Приложение 2. Брошюра для ЛПСГН

Сексуальное насилие недопустимо и является уголовно наказуемым преступлением:

Уголовный кодекс Кыргызской Республики:

Ст. 129. Изнасилование.

Ст. 130. Насильственные действия сексуального характера.

Ст. 131. Понуждение к действиям сексуального характера.

Ст. 132. Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста.

Ст. 133. Развратные действия.

Все люди, включая фактических и потенциальных пострадавших сексуального насилия, имеют право на защиту и соблюдение их конституционных прав, таких как право на жизнь, свободу и безопасность личности, право не подвергаться пыткам и бесчеловечному, жестокому или унижительному обращению, право на здоровье, на конфиденциальность, получение доступной качественной медицинской помощи в удобной, уединенной обстановке.

Государство по закону обязано принимать все необходимые меры, чтобы предотвратить насилие и гарантировать для всех пострадавших от насилия доступ к качественному медицинскому обслуживанию и реабилитации.

Если Вы подверглись сексуальному насилию со стороны знакомого или незнакомого человека, Вы вправе получить комплексную помощь и защиту со стороны уполномоченных государственных структур (служба неотложной медицинской помощи, органы внутренних дел, судебная экспертиза, социальная помощь) и общественных организаций (кризисные центры, убежища, медицинские и правозащитные клиники, кабинеты психолога).

Органы внутренних дел / правоохранительные органы

Для своевременного и эффективного реагирования правоохранительных органов в случае сексуального насилия необходимо подать заявление сразу после инцидента.

В случае если собраны доказательства и факт насилия зафиксирован (заключение судмедэкспертизы), то Вы можете воспользоваться правом подать заявление в любое время, но не позднее истечения срока давности (до 10 лет после инцидента).

Обратитесь в ближайшее отделение органов внутренних дел или сообщите о случившемся по телефону 102.

Напишите заявление о факте сексуального насилия в двух экземплярах (или снимите копию). Сообщите данные о себе, о месте и времени происшествия, приметы преступника(ов). Постарайтесь очень подробно описать, что происходило, вспомните детали, которые важны для следствия.

Расскажите сотруднику ОВД о свидетелях и/или очевидцах и, если Вам известно, укажите их имена и телефоны.

Оцените существующие риски и угрозы Вашей безопасности и сообщите об этом при подаче заявления, чтобы сотрудники ОВД предприняли необходимые меры по обеспечению убежища и/или охраны.

Уполномоченный сотрудник ОВД должен зарегистрировать Ваше заявление.

Запишите номер регистрации заявления, Ф. И. О. сотрудников ОВД и их телефоны. Один экземпляр заявления (или копию) оставьте себе.

Если сотрудники ОВД не принимают заявления, потребуйте встречи с руководством.

По Вашему заявлению и показаниям следователи должны возбудить дело.

Следователь дает направление на проведение судебно-медицинской экспертизы и при необходимости предпринимает меры по обеспечению физической безопасности и охраны пострадавшей(шего).

ВАЖНО ЗНАТЬ, что прохождение судмедэкспертизы и медицинского осмотра сразу после случившегося позволит получить основные доказательства в ходе дальнейших судебно-следственных мероприятий.

Документированные повреждения и образцы, например, крови, волос, слюны и спермы, собранные в течение 72 часов после инцидента, помогут поддержать историю пострадавшей(шего) и определить нападавшего(их). Если пострадавшая(ший) обратится более чем через 72 часа после насилия, то количество и типы доказательств, которые могут быть собраны, уменьшаются и будут зависеть от ситуации.

Не стесняйтесь задавать вопросы сотрудникам ОВД.

ПОМНИТЕ, что Ваше заявление и активное содействие следствию может помочь остановить насилие как в отношении Вас, Ваших близких, так и общества в целом.

Судебные врачи-эксперты

Судебно-медицинские эксперты – это врачи, в обязанности которых входит фиксирование всех имеющихся повреждений, сбор доказательств биологического происхождения, консультирование пострадавшей (шего) от сексуального насилия.

Прохождение судебной медицинской и психолого-психиатрической экспертизы – это возможность засвидетельствовать следы сексуального насилия и полученных физических и психических травм.

Нужно сообщить врачам обо всех имеющихся у Вас травмах или повреждениях, включая повреждения половых органов.

Для получения полноценных доказательств после предполагаемого насилия необходимо своевременное изъятие судмедэкспертами вещественных доказательств биологического происхождения (в течение 72 часов).

До прохождения экспертизы лучше не принимать душ, не совершать гигиенические процедуры. Также необходимо сохранить белье, одежду, предметы, которые служили орудиями преступления, – на них может остаться биологический материал насильника (сперма, кровь, волосы, пот и т. д.).

Документированные повреждения и образцы, например, крови, волос, слюны и спермы, собранные в течение 72 часов после инцидента, помогут поддержать историю пострадавшей(шего) и определить нападавшего(их). Если пострадавшая(ший) обратится более чем через 72 часа после насилия, то количество и типы доказательств, которые могут быть собраны, уменьшаются и будут зависеть от ситуации.

При осмотре судмедэксперт делает фотографии ран и поврежденных участков тела, которые будут приложены к заключению / акту освидетельствования.

Вся информация о Вашем состоянии в результате сексуального насилия будет зафиксирована врачом в специальных формах («Акт судебно-медицинского освидетельствования» и «Заключение эксперта»), одна копия которых в обязательном порядке будет передана в правоохранительные органы. Следователь обязан ознакомить пострадавшую(шего) с заключением судмедэксперта.

Если Вы не захотите обращаться и писать заявление в правоохранительные органы сразу после инцидента, Вы сможете сделать это позже. Врач выдаст справку о прохождении судебно-медицинского освидетельствования. Ваше обращение и проведение освидетельствования будут зарегистрированы в специальном журнале под определённым номером.

Биологический материал, собранный во время освидетельствования, хранится в течение 3 лет, а медицинская информация – 25 лет без доступа к данной информации третьих лиц.

Не стесняйтесь задавать вопросы эксперту.

ВАЖНО! Судмедэксперт должен сообщить и направить Вас за профилактической медицинской помощью по вопросам нежелательной беременности, рисков заражения ИППП и ВИЧ.

В течение первых 72 часов после случившегося необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ-инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- по профилактике нежелательной беременности.

1) Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы.

Адрес: г. Бишкек, ул. Суеркулова, 3а, морфологический корпус КГМА, вход со стороны ул. Суеркулова (бывшая Донецкая). Тел: 0312 567359, 565338.

Врач

Врач – медицинский специалист, в обязанности которого входит оказание качественной медицинской помощи, консультирование и информирование

пострадавшей(шего) от сексуального насилия в условиях конфиденциальности и только после получения информированного согласия на медицинский осмотр.

Вы можете обратиться в скорую помощь (тел: 103), к семейному или другому врачу, который может оказать Вам неотложную помощь.

Сообщите врачу об имеющихся у Вас травмах или повреждениях, включая повреждения половых органов.

ВАЖНО! Врач обязан зарегистрировать Ваше обращение в специальном журнале и заполнить специальную форму медицинского осмотра в случаях насилия в трех экземплярах. В этих документах будут подробно изложены результаты осмотра и заключение врача. Полная копия заполненной формы будет выдана Вам, а другая в обязательном порядке будет передана в правоохранительные органы.

Врач обязан оказать необходимую медицинскую помощь, предоставить консультирование и информирование, при необходимости перенаправить Вас к узким специалистам в другие медицинские и реабилитационные центры.

В случае если Вы подверглись насилию в период беременности, обсудите данную ситуацию с врачом.

Не стесняйтесь задавать вопросы врачу.

В соответствии с законодательством освидетельствование факта насилия производится только судмедэкспертом или врачом в присутствии уполномоченного сотрудника правоохранительных органов с составлением соответствующего акта.

ВАЖНО! Врач должен проинформировать и направить Вас за профилактической медицинской помощью по вопросам нежелательной беременности, рисков заражения ИППП и ВИЧ.

В течение первых 72 часов после случившегося необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ-инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- по профилактике нежелательной беременности.

Телефоны территориальных ЦСМ Вы можете получить в справочной телефонной службе. Также в г. Бишкек работает клиника, оказывающая помощь женщинам, подвергшимся насилию (тел. 0312 621210, адрес: г. Бишкек, ул. Киевская, 55, вход со стороны ул. Тыныстанова).

Специалист кризисного центра

Кризисный центр “Шанс”: тел: 0312 435301, адрес: г. Бишкек, ул. Киевская, 27, кабинет 503.

Консультации психолога, юриста.

Кризисный центр “Сезим”, тел: 0 312 512640.

Круглосуточный телефон доверия.

Убежище для женщин.

Консультации психолога, юриста, терапевта.

Для родственников

Поддержите пострадавшую(шего), сохраняйте конфиденциальность.

Не обвиняйте и не осуждайте пострадавшую(шего).

Создайте безопасные условия проживания. Не выясняйте факты, не обсуждайте случившегося с родственниками, соседями.

Содействуйте в обращении пострадавшей(шего) к врачам, судмедэкспертам, в правоохранительные органы.

ВАЖНО! В первые 72 часа после предполагаемого насилия пострадавшей(шему) необходимо пройти судебную медицинскую экспертизу.

Сохраните предметы, которые служили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления.

Переживания лучше обсудить с психологом, работающим по решению проблем такого рода. Обратитесь в кризисные центры.

Важно! В течение первых 72 часов после случившегося пострадавшей(шему) необходимо получить консультацию и препараты:

- по профилактике передачи ВИЧ-инфекции;
- по профилактике заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- по профилактике нежелательной беременности.

Приложение 3. Брошюра для специалистов, работающих с ЛПСГН

Общая информация:

Представьтесь, полностью назвав свои Ф. И. О. и должность, проинформируйте о Вашей компетенции в оказании помощи.

Ведите беседу с пострадавшим/шей спокойно и доброжелательно. Вы должны быть открыты для общения. Демонстрируйте Вашу заинтересованность в оказании помощи. Тон голоса, выражения лица и глаз, содержание слов должны подчёркивать Вашу обеспокоенность произошедшим.

Соблюдайте принцип конфиденциальности, которая обеспечивается тем, что консультирование пострадавшего/шей и сбор данных проходит в частных условиях и вся без исключения документация по делу доступна только специалистам и их коллегам, непосредственно вовлеченным в оказание помощи.

Дайте возможность пострадавшему/шей рассказать о случившемся до Ваших вопросов. Слушайте спокойно, внимательно, не прерывая, будьте терпеливы, не оказывайте давления. Имейте под рукой примерную схему-опросник, чтобы не упустить важные детали. Чтобы получить точный, однозначный ответ, важно задавать закрытые вопросы.

Учитывайте чувство беспокойства пострадавшего/шей, страхи и опасения, агрессию.

Не оценивайте, не осуждайте, не делайте предположений, не комментируйте ситуацию, не говорите о своих сомнениях.

Без необходимости не прикасайтесь к потерпевшему/шей даже из лучших побуждений. Это может вызвать у него/неё негативные воспоминания, либо может быть неправильно понято.

В случае необходимости в каком-либо физическом контакте по протоколу (медицинский осмотр, процедура), спрашивайте разрешение пострадавшего/шей и информируйте обо всем, что будет происходить.

Информируйте пострадавшего/шую о правах. Обсудите с пострадавшим/шей дальнейший план действий, расскажите о процедуре возбуждения дела, судебно-медицинской экспертизе и других последующих действиях.

Оцените риски для безопасности жизни и здоровья пострадавшего/шей и направьте за помощью в медицинские, кризисные службы и убежища. Дайте пострадавшему/шей телефоны и адреса кризисных и правовых центров. Старайтесь отслеживать перенаправленных за помощью в другие организации.

Для сотрудников правоохранительных органов:

Чётко объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о процедуре возбуждения уголовного дела.

Предложите подробно описать произошедшее, вспомнить детали, которые важны для следствия. Запишите имена и телефоны возможных свидетелей и/или очевидцев.

Примите заявление. Копию заявления предоставьте пострадавшему/шей с указанием регистрационного номера.

Проинформируйте пострадавшего/шую о необходимости пройти судебно-медицинскую экспертизу. А также сообщите о рисках для здоровья и важности получения медицинской помощи по профилактике нежелательной беременности, инфекций передающихся половым путем (ИППП), и ВИЧ в первые 72 часа после насилия.

В случае отказа пострадавшего/шей писать заявление сообщите о возможности подать заявление по пришествии времени при условии обязательного прохождения судебно-медицинского освидетельствования.

Очень важно на всех этапах следствия соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

В случае необходимости обеспечьте транспортировку пострадавшего/шей в медицинское учреждение для оказания экстренной медицинской помощи или вызовите скорую помощь на место опроса, которая также обязана предоставить необходимую помощь по профилактике ВИЧ-инфекции.

Обеспечьте транспортировку пострадавшего/шей для прохождения судебно-медицинской экспертизы.

Обеспечьте безопасность пострадавшего(шей) либо посодействуйте помещению в специализированные учреждения социального обслуживания.

Предоставьте Ваши контактные данные для дальнейшей связи с пострадавшим/шей.

Для медицинских специалистов (не судмедэкспертов):

При обращении или поступлении пострадавшей/шего от сексуального насилия врач обязан незамедлительно сообщить в правоохранительные органы о произошедшем насилии (телефонограмма, бланк письменного извещения).

Объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о процедуре приема и медицинского осмотра.

Очень важно на всех этапах оказания помощи соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

Попросите пострадавшего/шую сообщить Вам о жалобах, возможных травмах / повреждениях, включая повреждения половых органов, которые могли быть получены в результате насилия.

Получите разрешение пострадавшего/шей на проведение осмотра и других медицинских процедур, подробно объясняйте, что и как Вы будете делать при той или иной манипуляции.

Выясните, была ли пострадавшая беременна на момент сексуального насилия, и обсудите с ней планы в отношении этой беременности.

В случае если пострадавший/шая обратился/лась за медицинской помощью в первые 72 часа после насилия, проконсультируйте и назначьте лечение или перенаправьте к соответствующим специалистам:

- для предотвращения ВИЧ-инфекции,
- для предотвращения инфекций, передающихся половым путем,
- для предотвращения нежелательной беременности.

Зарегистрируйте обращение пострадавшего/шей в специальном журнале (Журнал регистрации лиц, поступивших по поводу насилия) и заполните обязательную стандартную «Форму медицинского осмотра» (приказ МЗКР №680 от 07/12/2015) в трех экземплярах. Оригинал формы остается в медицинском учреждении. Одну копию незамедлительно после проведения осмотра выдайте пострадавшему/шей, вторую – в правоохранительные органы по официальному запросу.

Перенаправьте пострадавшего/шую к судмедэксперту для изъятия биологического материала. При отсутствии судмедэксперта сотрудник правоохранительных органов может привлечь врача для изъятия вещественных доказательств биологического происхождения на основе информированного согласия пострадавшего/шей.

Обсудите с пострадавшим/шей другие риски для здоровья и безопасности, в том числе и отсроченные. В случае необходимости предоставьте контакты или перенаправьте пострадавшего/шую к узким специалистам, психологам, в кризисные и правовые центры.

Для судмедэкспертов

Объясните пострадавшему/шей права и дальнейший план действий, расскажите о важности процедуры судебно-медицинской экспертизы.

Очень важно на всех этапах судебно-медицинской экспертизы соблюдать конфиденциальность и доброжелательность в отношении пострадавшего/шей.

Судебно-медицинская экспертиза при случаях сексуального насилия производится согласно существующим правилам и инструкциям на основе информированного согласия пострадавшего/шей.

Информируйте пострадавшего/шую о необходимости сохранить все предметы, которые являлись орудиями преступления, или одежду со следами преступления, как доказательства совершенного преступления.

Попросите пострадавшего/шую сообщить Вам о жалобах, возможных травмах / повреждениях, включая повреждения половых органов, которые могли быть получены в результате насилия.

Получите разрешение пострадавшего/шей на проведение осмотра и других медицинских процедур, подробно объясняйте, что и как Вы будете делать при той или иной манипуляции.

Сообщите о случае насилия и проведения судмедэкспертизы в правоохранительные органы, сохраняя конфиденциальность, исключив доступ третьих лиц к данной информации.

Сообщите пострадавшему/шей, что Вам необходимо сделать фотографии ран и поврежденных участков тела для сбора доказательств.

В случае если пострадавший/шая обратился/лась в первые 72 часа после насилия, проконсультируйте и перенаправьте к соответствующим специалистам:

- для предотвращения ВИЧ-инфекции,
- для предотвращения инфекций, передающихся половым путем,
- для предотвращения нежелательной беременности.

Обсудите с пострадавшим/шей другие риски для здоровья и безопасности, в том числе и отсроченные. В случае необходимости дайте контакты или перенаправьте пострадавшего/шую к узким специалистам, психологам, в кризисные и правовые центры.

Приложение 4. Коды по МКБ-10

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

Эта группа расстройств отличается от других групп тем, что в нее включены расстройства, идентифицируемые не только на основе симптоматики и характера течения, но также на основе очевидности влияния одной или даже обеих причин: исключительно неблагоприятного события в жизни, вызвавшего острую стрессовую реакцию, или значительной перемены в жизни, ведущей к продолжительным неприятным обстоятельствам и обусловившей нарушения адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс (жизненные обстоятельства) может ускорить начало или способствовать проявлению широкого спектра расстройств, представленных в этом классе заболеваний, его этиологическая значимость не всегда ясна, и в каждом случае будет признаваться зависимость от индивида, часто от его сверхчувствительности и уязвимости (т. е. жизненные события не являются обязательными или достаточными, чтобы объяснить возникновение и форму расстройства). Расстройства, собранные в этой рубрике, напротив, всегда рассматриваются как непосредственное следствие острого тяжелого стресса или продолжительного травмирования. Стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором, и расстройство не могло бы возникнуть без их влияния. Таким образом, расстройства, классифицированные в этой рубрике, могут рассматриваться как извращенные приспособительные реакции на тяжелый или продолжительный стресс, при этом они мешают успешно справиться со стрессом и, следовательно, ведут к проблемам социального функционирования.

F03 Деменция неуточненная

Пресенильная(ый): деменция БДУ, психоз БДУ

Первичная дегенеративная деменция БДУ

Сенильная(ый): деменция, БДУ, депрессивного или параноидного типа, психоз БДУ .

F43.0 Острая реакция на стресс

Преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В распространенности и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние "ошеломления" с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим "уходом" из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора - [F44.2](#)) или ажитацией и сверхактивностью (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия ([F44.0](#)) на стрессовое событие. Если вышеуказанная симптоматика устойчива, необходимо изменить диагноз. Острая кризисная реакция, реакция на стресс; нервная демобилизация; кризисное состояние, психический шок

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого. Предрасполагающие факторы, такие, как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе, могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения. Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях ("кадрах"), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С вышеупомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, и не редкостью являются идеи самоубийства. Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности ([F62.0](#)). Травматический невроз

F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга

Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, которые возникли у человека, не имевшего в прошлом расстройств личности, пережившего катастрофу или чрезмерно длительный стресс, или перенесшего тяжелое психическое заболевание. Диагнозы этой рубрики следует ставить только тогда, когда очевидно наличие определенных и продолжительных изменений в личной модели восприятия, отношения и мыслей относительно окружающей обстановки и лично себя. Изменение личности должно быть

значительным и должно ассоциироваться с негибким, не соответствующим нормам поведением, не отмечавшимся ранее. Изменение не должно быть непосредственным проявлением имеющегося другого психического расстройства или остаточным симптомом какого-либо предшествующего психического заболевания.

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

Длительно сохраняющееся (по крайней мере два года) изменение личности, вызванное действием катастрофического стресса. Стресс может быть таким экстремальным, что нет необходимости принимать во внимание индивидуальную ранимость для того, чтобы объяснить глубину его воздействия на личность. Психическое расстройство характеризуется враждебным или подозрительным отношением к окружающему, социальной самоизоляцией, чувством пустоты и безысходности, стойким ощущением "пребывания на грани", как это отмечается в случае постоянных угроз, и отчужденностью. Этому типу изменения личности может предшествовать расстройство, вызванное травматическим стрессом ([F43.1](#)).

Изменение личности после:

- пребывания в концентрационном лагере
- бедствия
- длительного:
 - плена с угрозой быть убитым
 - нахождения в ситуации, угрожающей жизни
 - терроризма
- Пыток.

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи

Расстройство поведения, заключающееся в диссоциальном и агрессивном поведении (а не только оппозиционном, дерзком, разрывающем отношения поведении), при котором отклонение в поведении полностью или почти полностью ограничивается пределами дома и взаимоотношениями с членами семьи или ближайшими домочадцами. Диагноз этого расстройства требует наличия полного комплекса критериев для рубрики [F91.-](#); даже тяжелое нарушение взаимоотношений родители-ребенок само по себе недостаточно для постановки диагноза.

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Эта рубрика предусматривает сочетание расстройств поведения ([F91.-](#)) с устойчивой и выраженной эмоциональной симптоматикой, такой, как тревожность, одержимость или навязчивость, деперсонализация или дереализация, фобии или гипохондрия. Расстройство поведения, относящееся к рубрике [F91.-](#), в сочетании с эмоциональным расстройством, указанным в рубрике F93., невротическими расстройствами, указанными в рубриках [F40-F48](#)

T74 Синдром жестокого обращения

При необходимости идентифицировать текущую травму используют дополнительный код.

Y05 Сексуальное нападение с применением физической силы

Включены: изнасилование (попытка) содомия (попытка)

Y07 Другие формы плохого обращения

Включены: психическая жестокость физическая жестокость сексуальная жестокость мучения
Исключены: лишение присмотра и ухода (Y06.-) сексуальное нападение с применением физической силы (Y05.-)

Z63.0 Проблемы, связанные с взаимоотношениями супругов или партнеров

Разногласия между супругами (партнерами), ведущие к длительной или выраженной утрате контроля взаимоотношений, враждебности, нежеланию понять друг друга или постоянной атмосфере грубого межличностного насилия (избиения, драки).

Z63.1 Проблемы взаимоотношений с родителями или родственниками жены или мужа

Z63.5 Распад семьи в результате разделения или развода

Отчужденность

Z63.6 Зависимый член семьи, нуждающийся в уходе в домашних условиях

Z63.7 Другие стрессовые жизненные события, влияющие на семью и экономические условия

Беспокойство (нормальное) о заболевшем члене семьи. Связанные со здоровьем проблемы в семье. Болезнь или нарушение у члена семьи. Изолированная семья

Z63.8 Другие уточненные проблемы, связанные с группой первичной поддержки

Разногласия в семье БДУ. Чрезмерный эмоциональный уровень в семье. Неадекватные или расстроены взаимоотношения в семье

Z63.9 Проблемы, связанные с группой первичной поддержки, неуточненные

Z04.4 Обследование и наблюдение при заявлении об изнасиловании или совращении

Обследование пострадавшей или предполагаемого преступника при заявлении об изнасиловании или совращении

Приложение 5. Индикаторы

№	Индикаторы	Единицы измерения	Источники данных	Примечания
	Индикаторы ресурсов:			
1.	Количество медицинских учреждений, обеспеченных руководством.	%	Мед. документация	
2.	Количество обученных специалистов по руководству.	%	Мед. документация	
	Индикаторы процессов:			
3.	Количество женщин, обратившихся в медицинскую организацию за год по поводу насилия	%	Мед. документация	

4.	Количество женщин, проконсультированных специалистом (психологом) с информированным согласием	%	Мед. документация	
5.	Количество женщин, у которых выявлены психиатрические или психологические расстройства		Мед. документация	
6.	Количество женщин, у которых выявлены признаки посттравматического стресса	%	Мед. документация	
7.	Количество женщин, направленных на стационарное лечение	%	Мед. документация	
	Индикаторы результатов:			
8.	Количество женщин, получивших психолого-психиатрическую помощь на раннем этапе	%	Мед. документация	
9.	Количество женщин, получивших помощь по психолого-социальной реабилитации с хорошей адаптацией	%	Мед. документация	
10.	Количество женщин, у которых развилось хроническое состояние, после перенесенного ГН.	%	Мед. документация	