



Medical Manual: Torture, Principles of Expertise According to the Istanbul Protocol; Medical and Mental/Psychological Outcomes; Treatment and Rehabilitation; Principles of Medical Ethics; International Standards on Health in Prison

**Prepared on Russian for the Caucasian regional Training –
Seminar, Tbilisi 23 – 25 of September 2010**

**Пытки. Психические и Физические последствия пыток; Принципы
составления медицинских заключений. Лечение и реабилитация.
Международные стандарты врачебной этики и Международные
стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах**

**Translation of Principles of Medical Ethics (Dr. Levan Labauri) and Psychical Evidences
of Torture (Dr. Rusudan Beriashvili) were made from Georgian to Russian by Translation
from English to Russian is provided by the Individual Entrepreneur “Mariam Apakidze”;
Other materials prepared by M. Jishkariani on Russian.**

Donors of the Project EIDHR/2008/148-184: European Union (EU), UNVFVT, IRCT



**УДЦ (უცჯ) 343.255.5+343.144+343.148 დ-41
ISBN: 978-9941-0-2774-1
of pages: 126
Copies: 100
Publisher: Dios LTD
Tbilisi 2010**

Content:

Международные стандарты врачебной этики: двойные обязательства врачей; обязанности врачей в соответствии с резолюцией ВМА, Леван Лабаури, GMA	3
Международные стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах, Mariam Jishkariani, RCT/EMPATHY, Georgia	19
Физические доказательства пыток <i>Русудан Бериашвили, Ассоциированный профессор судебной медицины</i>	30
Пытки. Психические последствия пыток, Mariam Jishkariani, RCT/EMPATHY, Georgia ..	36
ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ О ПСИХИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЫТОК; ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ, Mariam Jishkariani, RCT/EMPATHY, Georgia	72
Случай из практики, RCT/EMPATHY, Georgia	91
Медицинская и Психо-Социальная Программа Мониторинга и Реабилитации Жертв Пыток, Центр Психо-Реабилитации жертв Пыток, Насилия и Выраженного Стрессового Воздействия «ЭМПАТИЯ»	98
РЕКОМЕНДАЦИИ по созданию КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И БЫВШИХ ЗАКЛЮЧЕННЫХ, Mariam Jishkariani, RCT/EMPATHY, Tbilisi 2002	116

Международные стандарты врачебной этики: двойные обязательства врачей; обязанности врачей в соответствии с резолюцией ВМА

Леван Лабаури

Врач-хирург, кандидат медицинских наук,
генеральный секретарь Ассоциации Врачей Грузии,
медицинский эксперт программы
«Усиление аппарата народного защитника»
Программы развития ООН (ПРООН).

Врачебная этика – это дисциплина, которая определяет ценности и риски, связанные с врачебной деятельностью, а также формирует видение социальных вопросов. Труды ученых, работающих в сфере медицинской этики, описывают множество ситуаций и пути их решения в соответствии с требованиями этики, что должно помочь врачам в процессе принятия медицинских решений.

Этические нормы включают в себя следующие шесть неизменных принципов:

- Доброжелательность (отзывчивость) - практикующий врач должен действовать только в интересах пациента (*Salus aegroti – suprema lex medicorum* - Благо больного – высший закон врачей);
- Непричинение вреда – принцип «не навреди» (*Primum noli nocere* – Прежде всего – не навреди!)
- Автономность – пациент вправе отказаться от лечения или сам выбрать врача (*Voluntas aegroti suprema lex* - Воля больного - высший закон);
- Справедливость – справедливое распределение медицинских ресурсов в случае их недостатка и принятие решений о типе лечения, который требуется тому или иному пациенту;
- Достоинство – пациент (и лечащий его человек) имеет право на сохранение достоинства;
- Добросовестность и честность – пациенту нельзя лгать; его необходимо должным образом информировать о его заболевании и лечении. В этой области существуют определенные исключения, например при использовании плацебо и т.д.

Врачи часто сталкиваются с медицинскими проблемами, связанными с нарушением прав человека, например, насильственной миграцией и пытками. В таких случаях они часто оказываются под влиянием рассуждений на тему того, что недоступность медицинского обслуживания является одной из форм нарушения прав человека.

В решении подобных дилемм врачам помогают резолюции, постановления и декларации, принятые профессиональными ассоциациями. В этой связи необходимо отметить Мадридскую декларацию Постоянного комитета европейских врачей, которая фактически представляет собой рекомендации для врачей по вопросам этики и пыток.

С учетом рекомендаций конференции «Врачи, этика и пытки», состоявшейся 23 августа 1986 года в Копенгагене, пленарное заседание Постоянного комитета европейских врачей, состоявшееся 24-25 ноября 1989 в Мадриде, признает проблемы, с которыми сталкиваются врачи и представители медицинской профессии вообще в разных странах, где существует или существовала практика применения пыток.

Пленарное заседание Постоянного комитета европейских врачей выражает свое согласие и:

- призывает национальные ассоциации стран, которые еще не ратифицировали и не опубликовали Токийскую декларацию Всемирной медицинской ассамблеей 1975 года (руководящие принципы для врачей, касающиеся пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением) в качестве основополагающего документа для определения отношения медицинских работников к указанным вопросам, незамедлительно ратифицировать и опубликовать эту декларацию;

- призывает к включению этих проблем и соответствующих инструкций в учебные планы медицинских образовательных учреждений; учету этических норм, соблюдение которых является обязанностью врачей и которым врачи обязаны следовать в случае, когда на них может быть оказано давление с целью заставить их действовать вопреки принципам профессиональной этики;

- призывает все правительства, которые еще не ратифицировали и не опубликовали вышеуказанный документ, к ратификации и соблюдению декларации ООН от 1982 года и всех других международных документов, связанных этим вопросом;

- призывает все научные и профессиональные организации во всех странах внести принципы Токийской декларации в свои постановления, уставы и другие регулирующие документы; соблюдать основной принцип, гласящий, что врачи никогда не должны участвовать, прямо или косвенно, либо присутствовать при таких действиях или процедурах, которые приравниваются к нарушению физической или психологической целостности личности или унижают человеческое достоинство;

- призывает к созданию международной системы оповещения о случаях нарушения профессиональной этики и публикации информации о фактах пыток; созданию средств для информирования всех профессионалов, политиков и военных, расширению и поддержке научной деятельности для предупреждения пыток и лечения жертв пыток;

- призывает к международной профессиональной поддержке коллег, которые принимают меры против участия врачей в подобных действиях, и выражению протеста против любых действий, толкающих медиков на нарушение высших принципов медицинской этики.

Наиболее четко и емко принципы непримиримости и борьбы врачей против пыток отражены в декларациях по этике Всемирной медицинской ассоциации. К этому типу документов относятся:

- **Токийская декларация** Всемирной медицинской ассоциации - руководящие принципы для врачей, касающиеся пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением;

- **Гамбургская декларация** Всемирной медицинской ассоциации - о поддержке врачей, которые отказываются участвовать в пытках, других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения или примириться с ними;
- **Хельсинкская резолюция** Всемирной медицинской ассоциации – об обязанности врачей по оглашению известных им фактов пыток, других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания.

Последний документ был инициирован в сентябре 2002 года и принят Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации в 2003 году в Хельсинки, Финляндия.

Суть документа заключается в том, что учитывая:

1. преамбулу Устава Организации Объединенных Наций от 26 июня 1945 года, в которой официально заявляется о стремлении стран-участников ООН к соблюдению основных прав и свобод человека, уважению человеческого достоинства и гуманитарных ценностей,
2. преамбулу Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 года, согласно которой неуважение и нарушение прав человека может привести к актам вандализма, которые нарушают принципы гуманизма,
3. статью 5 Всеобщей декларации прав человека, которая гласит, что никто не должен становиться объектом жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказания,
4. Американскую конвенцию о правах человека, которая была принята Организацией американских государств в 1966 году и вошла в силу 18 июля 1978 года, а также Межамериканскую конвенцию по предупреждению и наказанию пыток, которая вошла в силу 28 февраля 1987 года;
5. Токийскую декларацию Всемирной медицинской ассоциации от 1975 года, которая запрещает любые виды медицинской деятельности, связанные с пытками, а также участие или присутствие врачей при пытках или других бесчеловечных и унижающих достоинство действиях,
6. Гавайскую декларацию, принятую Всемирной психиатрической ассоциацией,
7. учитывая Кувейтскую декларацию 1981 года, принятую Международной конференцией ассоциаций мусульманских врачей,
8. принципы врачебной этики, которые соответствуют роли медицинских работников, в первую очередь врачей, в защите заключенных от пыток и других форм бесчеловечного обращения и наказания, которые были приняты Генеральной ассамблеей ООН 18 декабря 1982 года, в особенности же 2-ой принцип, который гласит: «Активное или пассивное участие медицинских работников, в особенности врачей, в действиях, которые представляют собой пытки или другие формы жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения либо ведут к их применению... является грубым нарушением норм медицинской этики».
9. Конвенцию о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятую Генеральной ассамблеей ООН в декабре 1984 года,

10. Конвенцию о предупреждении пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, которая была принята Советом Европы 26 июня 1987 года и вступила в силу 1 февраля 1989 года,

11. Резолюцию о правах человека, принятую 42-ой Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации в Ранчо Мираж, и дополненную 45-ой, 46-ой и 47-ой ассамблеями,

12. Гамбургскую декларацию, принятую 49-ой Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации в 1997 году, которая призывает врачей к индивидуальному выражению протеста против бесчеловечного обращения, а также международные медицинские организации – к оказанию поддержки врачам в этой деятельности,

13. Стамбульский протокол (об эффективном расследовании и документировании случаев пыток, других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания), который был принят Генеральной ассамблеей ООН 4 декабря 2000 года,

ВМА признает, что

1. врачи имеют право на осторожное и последовательное обнародование информации о фактах пыток, оказание помощи жертвам пыток для сохранения их физической и психологической целостности и борьбу против оскорбления человеческого достоинства в целом,

2. врачи в праве выступать в качестве свидетелей при установлении факта пытки сразу после ее применения или несколько позже,

3. жертвы пыток, в силу последствий психологического воздействия и давления, часто не в состоянии пожаловаться на тех, кто несет ответственность за то обращение, которому они подверглись,

4. необнародование фактов пыток будет рассмотрено как терпимое отношение к пыткам и неоказание помощи жертвам,

5. не существует никакой последовательной и явной связи между кодексом профессиональной этики и законодательством, которое обязывает врачей обнародовать известные им факты пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, и

Рекомендует национальным медицинским ассоциациям следующее:

1. способствовать принятию в их странах этических норм и законодательных инициатив, с целью:

1.1. утвердить этический долг врачей по выявлению и обнародованию известных им фактов пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения; в зависимости от обстоятельств, информация о пытках должна быть адресована соответствующим медицинским, юридическим, национальным или международным организациям и ответственным лицам, неправительственным организациям или Международному уголовному суду. В таких случаях врачи должны проявить добросовестность и учесть статью 68 Стамбульского протокола;

1.2. установить и задействовать исключения в этических нормах и законодательстве, связанные с нарушением принципа профессиональной конфиденциальности, что даст врачам возможность обнародовать информацию о фактах применения пыток, по возможности, с осведомленного согласия жертвы пыток или, если жертва не имеет возможности для волеизъявления, без такого согласия;

1.3. предупредить врачей о том, чтобы в процессе обнаружения имеющейся у них информации они не подвергали риску людей, которые находятся в заключении или под угрозой.

2. Распространить Стамбульский протокол среди врачей.

3. Способствовать обучению врачей методам идентификации пыток и их последствий.

4. Обнародовать все полезные рекомендации о процедурах представления информации в соответствующие государственные учреждения, НПО и Международный уголовный суд.

Вышеупомянутые этические обязательства и принципы особенно актуальны в отношении врачей, работающих в закрытых учреждениях, которым приходится сталкиваться с этическими дилеммами почти ежедневно. Медицинский персонал закрытых учреждений должен уделять особое внимание ниже перечисленным пунктам основных принципов врачебной этики:

- Забота о благополучии и достоинстве заключенных остается обязанностью медперсонала вне зависимости от обстоятельств;

- На результаты медицинского осмотра и исследований, проводимых в рамках оказания медицинской помощи с согласия пациентов в местах заключения, должны распространяться те же принципы конфиденциальности, которые предусмотрены нормами медицинской этики;

- Для того, чтобы максимально предотвратить смешивание функций врача, с одной стороны – функций, связанных с медицинским осмотром и лечением (как компонентом медицинского обслуживания), и с другой стороны – таких функций как медицинская экспертиза, врач обязан, до начала консультации, четко объяснить пациенту, что врачебная тайна будет сохранена;

- Вне зависимости от строгости режима в закрытом учреждении, врач должен в любое время и в любом месте иметь доступ ко всем заключенным, в том числе к тем, к которым применены дисциплинарные санкции;

- Медперсонал ни при каких обстоятельствах не должен принимать участие в применении каких бы то ни было санкций принудительного характера по отношению к заключенным, в том числе, не должен участвовать в принятии или подготовке решений о применении подобных санкций, так как подобные действия ставят под угрозу отношения между пациентом и врачом;

- Медперсонал не должен осуществлять каких-либо медицинских мероприятий, направленных на физическое ущемление или ограничение свободы перемещения заключенных (в том числе использование наручников). Исключения допускаются в случаях, когда заключенный страдает острым психическим расстройством и представляет угрозу для себя и окружающих;

- Перед проведением интимного осмотра врач обязан разъяснить заключенному, что в этом конкретном случае он действует только в качестве эксперта, не преследуя цели диагностики или лечения;

- В случае объявления голодовки заключенными врачи должны предотвратить риск создания таких обстоятельств, когда сам голодающий, администрация учреждения или судебные органы каким-либо образом используют его медицинское заключение в своих интересах для достижения каких-либо целей;

- Врач обязан документально зафиксировать любые физические или психические симптомы, которые прямо или косвенно свидетельствуют о том, что заключенный стал жертвой пытки или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания. С учетом состояния пациента, врач должен сообщить о существовании подобных фактов в соответствующие инстанции и учреждения;

- Медицинские службы в местах заключения потенциально могут сыграть огромную роль в борьбе с бесчеловечным обращением как в самом заведении так и за его пределами;

- Все медработники, которые постоянно имеют дело с заключенными, должны иметь возможность регулярно принимать участие в специальных программах по повышению квалификации. Такие программы должны охватывать следующие аспекты: особенности отдельных исправительных учреждений и условия труда в них; план действий в потенциально опасных и связанных с применением насилия ситуациях; риск нарушения этических принципов и поиск решений; а также другие вопросы, связанные с работой медперсонала в местах заключения.

Важнейшими принципами пенитенциарного здравоохранения являются: эквивалентность, конфиденциальность и информированное согласие заключенного пациента.

Медперсонал тюрем

Разнообразные обязанности

Тюремные врачи часто попадают в ситуации, когда им приходится выполнять различные (разнообразные) обязанности. В таких ситуациях их первой обязанностью должна быть охрана здоровья заключенного, а также обеспечение доступности высококачественных медицинских услуг. Однако эта обязанность может противоречить другим приоритетам, особенно тем, которые важны для тюремной администрации. На практике медработники часто вынуждены, несмотря на их молчание, учитывать аспекты, связанные с режимом и безопасностью. И наоборот, представителям службы безопасности иногда трудно понять действия медработников, если эти действия по их мнению противоречат требованиям и правилам, существующим в исправительном учреждении.

Несмотря на то, что это не рекомендовано, тюремный врач иногда действует и как лечащий врач сотрудников учреждения. В подобных условиях положение врача особенно трудное, так как в его обязанности входит оказание медицинской помощи лицам, которые находятся «по разные стороны баррикад», а иногда и в состоянии конфликта друг с другом.

Такая постоянная напряженность может быть вызвана тем, что на фоне постоянного дефицита медицинских ресурсов тюремная администрация может

возложить на врача выполнение других специфических функций, состоящих в предоставлении медицинских услуг сотрудникам учреждения.

Забота о благополучии и достоинстве заключенных пациентов должна оставаться обязанностью тюремного медперсонала вне зависимости от обстоятельств. Пациентам, персоналу и руководству исправительного учреждения следует разъяснить, что основной обязанностью медперсонала тюрьмы является оказание медицинской помощи заключенным, и что вся деятельность медперсонала должна основываться исключительно на профессиональных медицинских принципах и принципах медицинской этики, обязательными компонентами которых являются независимость врачей, эквивалентность медицинского обслуживания и соблюдение конфиденциальности.

Параллельные и противоположные виды деятельности

Врачам, работающим в системе исполнения наказаний, зачастую приходится выполнять две взаимоисключающие роли. В первую очередь - это роль врача-специалиста, который оказывает медицинскую помощь заключенным как пациентам. С другой стороны, это роль независимого медицинского эксперта, от которого требуют дачи показаний о пациентах в суде или на каком-либо ином этапе осуществления правосудия. В то время как специалист, выступая в роли оказывающего медицинскую помощь врачу, стремится к созданию благоприятных условий отдельному пациенту, врача, выступающего в роли независимого медицинского эксперта, вынуждают, исходя из интересов правосудия или общественных интересов, разгласить медицинскую информацию, которая при иных обстоятельствах является строго конфиденциальной. В соответствии с международными этическими нормами, врач вправе выполнять как одну, так и другую роль. Совмещение этих двух функций допустимо только в кризисных и чрезвычайных ситуациях.

Однако на практике, в пенитенциарных учреждениях врачей зачастую заставляют выходить за рамки обязанностей «лечащего врача». Например, суд или представители пенитенциарной системы обращаются к врачу с просьбой подтвердить, что задержанное лицо можно поместить в заключение с учетом состояния его здоровья, или подготовить экспертное заключение для подтверждения того, что заключенный подвергся бесчеловечному обращению. В идеале эти функции должен выполнять приглашенный врач, не работающий в пенитенциарной системе. Если тюремный врач все же вынужден выполнять подобные функции, врач, которому предстоит провести медицинский осмотр заключенного в качестве медицинского эксперта, должен четко объяснить пациенту, что медицинская информация, полученная в результате осмотра и обследования, не будет разглашена. Это необходимо сделать, чтобы избежать смешивания этих двух функций, выполняемых врачом.

Врачам, работающим в системе исполнения наказаний, иногда приходится оценивать опасность, которую осужденный может представлять для общества (в случае досрочного освобождения или краткосрочного отпуска). В подобной ситуации врач должен проявлять особую осторожность и должен четко разъяснить, что его мнение может быть основано только на оценке, сделанной в конкретный момент, и не должно восприниматься как окончательное мнение или прогноз дальнейшего поведения заключенного.

В подобном случае, если заключенный понимает, что врач может играть роль при принятии решения о его освобождении или продлении его нахождения в заключении, это может сказаться на отношении между врачом и пациентом. Поэтому в такой ситуации желательно узнать мнение приглашенного эксперта.

Серьезный этический конфликт

Многие аспекты деятельности тюремного врача могут вызывать негативное отношение врачей. Поэтому медперсонал пенитенциарных учреждений следует набирать только на добровольной основе после прохождения специальной подготовки. В странах, где была осуществлена интеграция пенитенциарной системы и системы общественного здравоохранения, обитатели тюрьмы считаются просто отдельной категорией населения и, соответственно, в таких случаях есть ожидание того, что медперсонал окажет пациентам эквивалентное обслуживание такого же качества, как и в обычных медицинских учреждениях. Врачи, которые стремятся исполнять свои обязанности с соблюдением обычных профессиональных и этических стандартов, могут оказаться в конфликтной ситуации не только по отношению к тюремной администрации, но и по отношению к местным правилам и законам. В подобных случаях врачи не должны оставаться в изоляции. Они должны обратиться за консультацией к соответствующим национальным медицинским ассоциациям. При необходимости им следует выслушать мнение коллег из других стран, которые занимаются той же деятельностью, в том числе обратиться во Всемирную медицинскую ассоциацию.

Дисциплинарные меры

В любой тюрьме доступ к санчасти может быть затруднен ввиду действия мер безопасности. Эта проблема особенно актуальна в подразделениях, предназначенных для исполнения дисциплинарных санкций, а также в блоках строгого режима. Тюремная администрация всегда стремится свести к минимуму контакты между заключенными, находящимися в таких местах, и санчастью.

Несмотря на меры безопасности, медперсонал должен иметь неограниченный доступ к любому пациенту в любое время и в любом месте. Это относится и к заключенным, на которых были наложены дисциплинарные меры. Врач, прикрепленный к определенному учреждению, несет ответственность за то, чтобы задержанные лица, где бы они не находились, имели бы доступ к медицинскому обслуживанию.

В случае, когда тюремная администрация решает применить к заключенному дисциплинарные санкции за нарушение режима, в качестве наказания могут быть использованы различные меры. Медперсонал ни в коем случае не должен принимать какое-либо участие в осуществлении подобных санкций или в принятии решений, связанных с их применением, так как это не входит в обязанности врача. В конечном итоге такое неоправданное поведение врача ставит под угрозу его будущие отношения с пациентами.

К врачам часто обращаются в случаях, когда заключенного хотят поместить в карцер с целью дисциплинарного наказания. Доказано и не вызывает ни каких сомнений, что изоляция заключенных в рамках дисциплинарного наказания наносит

вред их здоровью. Вследствие этого ООН поддерживает идею запрещения такой практики. Если эта мера применяется, несмотря на мнение ООН, нахождение заключенного в карцере должно быть ограничено максимально коротким сроком. Следует подчеркнуть, что врачи не должны принимать участие в применении мер, направленных на изоляцию заключенных или ограничение их свободы передвижения. Поэтому медицинское заключение не должно быть основанием для применения или неприменения этого или другого вида наказания.

В том случае, если санкция применяется без вмешательства врача, врач должен с особым вниманием следить за состоянием заключенного. Всем известно, что каждый случай дисциплинарной изоляции вызывает сильный стресс и риск (в частности риск совершения суицида). Врачи должны уделять особенное внимание этой категории заключенных и регулярно посещать их по собственной инициативе с момента вступления в силу постановления о заключении в карцер. Важно также, чтобы врачи навещали помещенных в карцер заключенных как минимум один раз в день с целью наблюдения за их физическим и психическим здоровьем и выявления любых позитивных или негативных деталей динамики их состояния. Врачи должны незамедлительно информировать тюремную администрацию в случае, если у заключенного возникают какие-либо проблемы со здоровьем.

Физическое ограничение

В исправительном учреждении могут возникать исключительно напряженные ситуации. В таком случае тюремная администрация может принять решение о применении физических ограничений по отношению к одному или нескольким заключенным с единственной целью – предотвратить причинение вреда себе, другим заключенным или персоналу тюрьмы. Даже в такой ситуации физические ограничения должны быть использованы на максимально короткий срок, который необходим для достижения вышеупомянутой цели. Физическое ограничение не должно применяться с целью наказания. Так как методы физического ограничения, применяемые во время тюремных беспорядков, не имеют отношения к обязанностям врача, врач не должен принимать в этом никакого участия.

Несмотря на это, может сложиться ситуация, при которой та или иная форма физического ограничения может быть использована по медицинским показаниям. Так например, при психических расстройствах пациент подвергается сильному риску, так как он может причинить вред самому себе или другим. В таких ситуациях, решение о наложении физических ограничений должен принимать только тюремный врач и только основываясь на клинических критериях. В этой ситуации врач не должен подвергаться никакому воздействию со стороны немедицинского персонала исправительного учреждения.

Медперсонал не должен осуществлять никаких мероприятий медицинского характера по отношению к лицам, чья свобода передвижения ограничена (в том числе по отношению к заключенным в наручниках), кроме пациентов с выраженными психическими расстройствами, которые могут представлять угрозу как для себя, так и для окружающих. Врачи не должны соглашаться на осмотр заключенных, у которых завязаны глаза, или на проведение каких-либо иных медицинских мероприятий по отношению к ним.

Интимный осмотр

Исходя из соображений безопасности, может возникнуть необходимость в обыске задержанных с тем, чтобы убедиться, что они не прячут запрещенные предметы в естественных отверстиях тела. Во многих случаях бывает достаточно внимательно наблюдать за задержанными лицами до того момента, когда они сами достанут запрещенные предметы. Тюремные врачи и медсестры не должны проводить интимный осмотр. Они также не должны проводить анализ мочи или крови с целью обнаружения следов наркотиков в биологических жидкостях или другие медицинские мероприятия кроме тех, которые осуществляются по медицинским показаниям и с согласия пациента. Вагинальный, анальный и другие виды осмотра, предусматривающие проникновение в естественные отверстия тела, представляют собой такую процедуру, которая проводится в первую очередь с целью соблюдения режима и безопасности, а не с медицинскими целями. Исходя из этого, такой осмотр не должен входить в круг обязанностей медперсонала исправительного учреждения. Если, в виде исключения, проведение такого осмотра неизбежно, лучше пригласить врача со стороны. В качестве альтернативного варианта такие обследования могут быть проведены подготовленными должным образом сотрудниками службы безопасности одного пола с заключенными. Даже в этом случае осмотр следует проводить только в соответствии с установленным порядком, который предусматривает уважительное отношение к лицу, подлежащему осмотру.

Заключенные, которые прекратили прием пищи или объявили голодовку

Заключенные могут прекратить прием пищи по разным причинам:

- **Религиозные мотивы:** заключенные могут прекратить прием пищи, если предложенная им пища противоречит их религиозным убеждениям. Администрация исправительного учреждения должна решать подобные вопросы и обеспечить уважение религиозных чувств такой категории заключенных во время приготовления пищи для них;
- **Соматические проблемы:** заключенные могут прекратить прием пищи из-за соматических проблем (например, стоматологические заболевания, язвенная болезнь, кишечная непроходимость, плохое состояние здоровья и высокая температура). Такие проблемы следует решать путем лечения;
- **Психические расстройства:** заключенные могут прекратить прием пищи из-за таких психических расстройств как психоз, страх отравления, общая депрессия или невротическая анорексия. Такой категории заключенных должна быть оказана медицинская помощь, которая была бы оказана им будь они на свободе;
- **Протест:** заключенные могут прекратить прием пищи в знак протеста, чтобы добиться каких-либо изменений в режиме их содержания или каких-либо привилегий, либо, чтобы воспользоваться своими законными правами и восстановить справедливость.

В таких случаях имеет место коллизия двух видов ценностей:

- Обязательство государства по сохранению физической целостности и жизни лиц, находящихся на особом попечении государства. В частности, это относится к лицам, находящимся в местах лишения свободы;

- Право всех людей свободно распоряжаться собственным телом.

Такие ситуации создают особые трудности медперсоналу в местах заключения. Часто врач попадает в очень тяжелое положение, так как ему приходится предотвратить использование его медицинских решений самими заключенными, тюремной администрацией или органом по исполнению наказания в их собственных интересах.

Декларация об отношении врачей к лицам, объявившим голодовку, принятая в 1991 году на Мальте 43-й сессией Генеральной ассамблеи Всемирной медицинской организации (пересмотрена в 2006 году), представляет собой особо ценную рекомендацию для тюремных врачей. Фундаментальная цель этой декларации состоит в том, что врачи должны получить информированное согласие пациента прежде, чем применять свои медицинские знания и опыт. Любой человек, в том числе заключенный, имеет право отказаться от лечения при наличии следующих факторов:

- Человек дееспособен – иными словами, у него не наблюдаются психические расстройства, которые лишают его способности к принятию осознанных решений. Врач должен провести собеседование с каждым пациентом, который отказывается от принятия пищи, и выяснить причину отказа. В этом случае особо рациональным подходом является консультация психиатра с целью установления вменяемости пациента и причины объявления голодовки.

- Заключенный поступает так по своей воле, что означает, что он не находится под чьим-либо влиянием (семья, другие заключенные, политические группировки и т.д.).

- Отказ от лечения не представляет угрозу для окружающих (что, например, не относится контагиозным инфекциям, таким как туберкулез).

Если голодовка является отражением депрессивного состояния, как реакции на юридический статус заключенного, и заключенный не лишен способности принимать решения, врач деликатно ищет способы решения проблемы. Он должен учесть, что в большинстве случаев заключенные не хотят умирать, напротив, они стремятся улучшить условия жизни. Часто пациент ждет (хотя и не выражает этого открыто), что врач, которого непременно вызовут из-за его голодовки, выступит в качестве его защитника и сможет помочь ему в его борьбе.

В подобных случаях врач должен использовать патерналистский подход, который состоит в беседах с заключенным с целью убедить его принять хотя бы минимальное количество калорий. Сталкиваясь с твердой позицией врача, заключенный, который находится в депрессивном состоянии, крепнет духовно и в последствии возвращается к нормальному рациону. Заключенный может потребовать госпитализации для того, чтобы выдвинуть свою проблему на передний план и доказать ее важность. В этом случае для госпитализации нет клинического основания и ее не следует использовать в качестве обходного пути достижения цели. Однако ранняя госпитализация позволяет лучше проконтролировать биологические

параметры. Более того, в будущем, радикальная перемена обстановки может привести к тому, что осужденный прекратит голодовку и сохранит достоинство перед своими друзьями.

Если пациент твердо стоит на своей позиции (по собственной воле продолжает оказывать давление с целью изменить свою судьбу в заключении или продолжить политическую борьбу), врачи должны ограничить свое вмешательство и еще раз предупредить его о тех последствиях, которые может иметь голодовка.

Врач должен регулярно посещать участников голодовки и проводить профилактический осмотр с их согласия. Эти визиты должны проходить в позитивной и конфиденциальной атмосфере. Врач всегда должен информировать пациента об отрицательной динамике его состояния (в случае наличия такой динамики). Таким образом, пациенты должны иметь возможность свободно изменить свое решение в любое время и прекратить голодовку, если они будут предупреждены об угрозе, которую голодовка представляет для их здоровья и которую они создают сами себе.

Иногда осужденные требуют обеспечить им особый режим питания, например, требуют гиперкалорийные жидкие концентраты, богатые белком, витаминами и микроэлементами. Как правило, такие требования удовлетворяют. Назначение таких концентратов защищает здоровье пациента от непоправимого ущерба. Продолжение голодовки дает заключенному и тюремной администрации возможность предложить более-менее приемлемый для обеих сторон выход для предотвращения летального исхода.

Врач должен информировать администрацию тюрьмы и судебные власти об ухудшении состояния здоровья пациента путем представления регулярных отчетов. Составление тщательных и объективных медицинских отчетов входит в круг обязанностей врача в отношении пациента, который находится в опасности. Эти отчеты обеспечивают принятие более адекватных решений соответствующими органами.

Аспекты клинической симптоматики при голодовке

(для практически здорового взрослого человека)

Во время сухой голодовки человек воздерживается от принятия твердой пищи и жидкостей. В таких случаях смерть может наступить в течение 4-10 дней в зависимости от следующих факторов:

- Температура и влажность воздуха;
- Уровень стресса и активности голодающего.

Смерть, как правило, наступает в результате нарушения сердечного ритма.

Иногда, во время голодовки человек принимает только пресную воду, оказываясь от всех питательных веществ.

Теоретически, резервы человеческого организма позволяют перенести 75-80 дней голодовки без принятия каких-либо калорий. Однако тяжелые, иногда смертельные, нарушения могут проявиться на 40-й день голодовки в виде расстройства

нервной или сердечно-сосудистой систем, что вызывается недостатком витаминов или нарушением баланса электролитов.

У молодых, практически здоровых людей, в случае принятия воды при голодовке, динамика клинического развития, как правило, выглядит следующим образом:

Первая неделя – появление ощущений голода и усталости; иногда появляются спазмы в области желудка.

Вторая и третья недели – усиливается слабость, появляется головокружение, сложно сохранять вертикальное положение. Постепенно пропадает чувство голода и жажды. Постоянное ощущение холода.

Третья и четвертая недели – прогрессирование вышеупомянутых симптомов. Снижение умственных способностей.

Пятая неделя – периодическое нарушение сознания (от легкой дезориентации до ступора и сонливости, апатия, анозогнозия с сопутствующими аномалиями движения глаз, сначала неконтролируемые движения, а затем и паралич). Впоследствии развивается общее нарушение координации движений, а затем и затруднения при глотании. Ухудшаются, а затем и пропадают зрение и слух. Часто развиваются диффузные кровоизлияния.

Смерть может наступить внезапно, в результате нарушения сердечного ритма, или через несколько часов после начала коматозного состояния, вызванного гипогликемией.

На сегодняшний день, большинство голодающих соблюдают определенный рацион, который содержит некоторые витамины, микроэлементы и питательные элементы (сладкие напитки, сладости или небольшое количество другой пищи). Такой вид голодовки позволяет человеку “продержаться” несколько месяцев, однако длительная голодовка создает риск повреждения нервной системы, в частности, вызывает развитие синдрома Вернике (симптомокомплекс нервной системы, для которого характерно помутнение сознания и проблемы с сохранением равновесия).

На практике на течение голодовки могут повлиять различные факторы, такие как вид голодовки, условия, существующие в месте отбытия наказания, температура и влажность воздуха, а также наличие психических раздражителей.

Однако некоторые медицинские факторы могут создать предусловия для скорого наступления фатального исхода при голодовке. К таким факторам в первую очередь относятся сердечные заболевания (особенно ишемическая болезнь сердца) и почечная недостаточность. К другим подобным факторам относятся диабет (особенно первого типа), гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, которые могут проявиться в первые десять дней голодовки.

Насильственное кормление голодающих в условиях тюрьмы недопустимо. Эта процедура может быть оправдана только в случае, если пациент страдает серьезным психическим расстройством, что оказывает влияние на его способность принимать решения. Так как голодовка является логическим продолжением борьбы, запланированной заключенным в здравом уме, а не патологической реакцией пациента,

который находится в глубокой депрессии и думает о самоубийстве, тюремные врачи должны уважать волю заключенных и ограничить свое вмешательство (медицинскими консультациями).

В дополненном варианте Декларации об отношении врачей к лицам, объявившим голодовку, принятой Всемирной медицинской ассоциацией на Мальте, особенно подчеркивается, что насильственное кормление ни коим образом не может считаться допустимой этической мерой. В ней также говорится, что кормление, сопровождаемое угрозами, насилием или физическими ограничениями, в большинстве случаев представляет собой форму бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Из этой формулировки становится ясно, что из этических соображений медперсонал не должен принимать участие в действиях, которые представляют собой разновидность негуманного обращения.

Пытки, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение

Медперсонал серьезно нарушает этические нормы, в следующих случаях:

- Каким-либо образом участвует или помогает (даже просто своим присутствием) в осуществлении пыток или консультирует лицо, которое осуществляет пытку;
- Предоставляет место, инструменты или вещества для осуществления пытки;
- Подтверждает, что задержанный в состоянии вынести пытку;
- Ослабляет способность жертвы к сопротивлению.

Медицинская служба исправительного учреждения потенциально может играть очень важную роль в борьбе с недопустимым обращением как в самом заведении, так и за его пределами (особенно в изоляторах временного содержания). Во время медицинских консультаций у задержанных часто имеются физические следы или психические симптомы, которые развиваются в результате пыток или других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания.

В этом отношении особенно важное значение имеет физический осмотр и оценка психического состояния заключенных сразу после их поступления в исправительное учреждение.

Во время физического осмотра (особенно во время осмотра вновь поступившего заключенного) любой след применения насилия, который может быть результатом пытки, обязательно должен быть описан и зафиксирован документально как в личной медицинской карте заключенного, так и в журнале регистрации травм. Таким же образом должен быть зафиксирован любой психологический или психический признак, который может свидетельствовать о том, что данное лицо перенесло неподобающее обращение. Такая информация должна незамедлительно представляться руководству учреждения и следственным органам в автоматическом режиме. Заключенный должен иметь возможность в любое время получить копию указанного документа.

Несмотря на это, в некоторых случаях сам факт того, что медицинская служба зафиксировала следы пытки или обращения, приравняемого к пытке, может вызвать репрессии против жертвы. Для того, чтобы должным образом защитить заключенного от такого риска, врачи должны сообщить пациентам о том, что они проинформируют компетентные органы о фактах, установленных в результате консультаций. Если пациенты опасаются, что из-за этого против них будут применены репрессии, они сами могут решить, рассказывать ли им о том, при каких условиях они получили такие травмы и повреждение или утаить эту информацию.

В своих заключениях врачи должны делать различия между доказательствами (обстоятельства физической или психологической травмы, которые описывает пациент) и результатами клинических или параклинических исследований (размер раны, локализация, характер, время нанесения, результаты рентгенологического исследования, результаты лабораторного исследования и т.д.). Врач, обладающий необходимым опытом и подготовкой, всегда указывает, соответствует ли полученная от пациента информация клиническим признакам и результатам исследований.

Смертная казнь

Медицинские работники ни при каких условиях и обстоятельствах не должны участвовать (или присутствовать) в приведении в исполнение высшей меры наказания. Врачи не должны участвовать в осмотре осужденных непосредственно перед смертной казнью, не должны подтверждать факт наступления смерти и выдавать справку о смерти.

Вышеуказанные проблемы и вопросы рассматриваются в Стамбульском протоколе ООН, который содержит международные руководящие принципы документирования и эффективного расследования фактов пыток. В данном документе отдельно выделена статья, которая называется “Двойные обязательства профессионалов здравоохранения” (№65). Согласно этой статье, на сотрудниках здравоохранения лежит двойная ответственность: их основной долг состоит том, чтобы обеспечить учет интересов пациента, однако у них есть обязательство перед обществом, которое заключается в том, чтобы способствовать отправлению правосудия и не допускать нарушения прав человека. Дилеммы, вытекающие из двойственного характера этих обязательств, приобретают особую остроту для медиков, работающих в полиции, вооруженных силах и других службах безопасности или пенитенциарной системе. Интересы их работодателей и коллег, которые на являются медработниками, могут вступить в противоречие с интересами пациентов, находящихся в заключении. Несмотря на характер их рабочих отношений, долгом всех работников сферы здравоохранения является забота о людях, которых осматривают или лечат тюремные врачи. Нельзя принуждать медиков к нарушению их профессиональных обязанностей на основании договора или по каким-либо иным причинам. Они должны непредвзято оценить интересы обеспечения здоровья и действовать в этих интересах.

Выводы

В документе описаны пути сохранения человеческого и профессионального здоровья врачей, работающих в зоне риска. Определены высшие стандарты врачебной этики и руководящие принципы корректного поведения, которые должны соблюдаться всеми врачами, работающими в системе исполнения наказаний. Все работники сферы здравоохранения, которые непрерывно, в течение длительного времени работают с

заклученными, должны иметь свободный доступ к участию в специальных программах. Эти программы должны охватывать вопросы, которые были описаны выше, в том числе: особенности работы в исправительном учреждении, правила действия в потенциально опасных ситуациях или ситуациях, связанных с насилием, риск нарушения стандартов этики, который сопутствует ежедневной практике врачей, работающих в зоне риска.

International Standards for Health in Prison

Международные стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах

Prepared in Russian for the Caucasian Regional Training – Seminar on Prevention, Documentation of Torture and Principles of Rehabilitation for Victims of Torture, Tbilisi 23 -25 of September 2010

RCT/EMPATHY, Georgia

Dr. Mariam Jishkariani

President of the RCT/EMPATHY;

Project Director

International Expert – Board Member of the WPA Section “Torture Psychological Consequences and Persecution”.

E – mail: centre@empathy.ge

www.empathy.ge

Международные стандарты

Основные характеристики:

- Права заключенных на охрану здоровья.
- Специфическая роль медицинского персонала в тюрьмах в контексте особенностей тюремной среды
- Организационные аспекты здравоохранения в тюрьмах и менеджмент наиболее распространенных проблем

Основные характеристики медицинского обслуживания в тюрьмах:

- а) право неограниченного контакта с врачом;
- б) эквивалентное медицинское обслуживание;
- в) согласие заключенного и конфиденциальность;
- г) профессиональная независимость.

Международные стандарты

Обязательные

- **КОНВЕНЦИЯ**
ООН ПРОТИВ ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ
(принята и открыта для подписания и ратификации резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1984 года, вступила в силу 26 июня 1987 года в соответствии со статьей 27(1))

- Всеобщая декларация прав человека
(принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года)
- Конвенции о защите прав человека и основных свобод
(Рим, 4 ноября 1950 г.)
Статья 3
«Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию»
- Факультативный протокол к Конвенции ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания .
Вступил в силу 22 июня 2006 года.
- Европейской Конвенции против пыток или бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (*Турин, 18 октября 1961 года*)
- *Стамбульский протокол. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток*

Не обязательные, но важные стандарты

- III Генеральный отчет СРТ - здравоохранение в тюрьмах
- Минимальные стандарты содержания заключенных (UN)
- Совокупность принципов защиты всех заключенных или задержанных в любой форме лиц (UN)
- Основные принципы обращения с заключенными (UN)
- Европейские пенитенциарные правила (2006)
- Комитет министров Совета Европы
- Рекомендация Комитета # R (87)3 (1987 год)
- Health in Prison: A WHO Guide to the essentials in Prison Health (2007, Copenhagen)
- Совет Европы, Комитет Министров, Рекомендация # R (98) 7, Обращение Комитета министров к странам-членам Совета Европы по этическим и организационным аспектам здравоохранения в тюрьмах, Страсбург, 20 апреля 1998 г.

Необязательные

Международные принципы медицинской этики ООН

**Токийская декларация,
Гамбургская декларация,
Афинская декларация
и Женевская декларация
Всемирной Медицинской Ассоциации**

Доступ к Врачу

- Медицинское обследование при поступлении
- Доступность медицинского обслуживания в любое время
- Конфиденциальность

- Неотложная первичная помощь
- Доступность стоматологической помощи
- Возможность получения стационарного обслуживания

1. При поступлении в тюремное учреждение и в дальнейшем, в период заключения заключенный должен иметь возможность обратиться к врачу или квалифицированному фельдшеру, независимо от строгости тюремного режима и незамедлительно, если это необходимо по состоянию его здоровья. Все заключенные должны пройти медицинское обследование при поступлении в тюремное учреждение.

Особое внимание должно уделяться обследованию с целью выявления психических расстройств, психологической адаптации к тюремным условиям, симптомам абстиненции, развивающейся в результате прекращения приема алкоголя, медикаментов или наркотиков, а также заразным и хроническим заболеваниям.

2. Для удовлетворения потребностей заключенных в медицинском обслуживании врачи и квалифицированные фельдшеры в крупных пенитенциарных учреждениях должны работать в штате на полной ставке, исходя из количества, оборота заключенных и среднего показателя состояния их здоровья.

3. Тюремные медицинские службы должны, как минимум, иметь возможность оказать заключенному неотложную помощь или предоставить ему амбулаторные консультации. Если же состояние здоровья заключенного требует лечения, которое невозможно провести в тюремных условиях, необходимо сделать все возможное для проведения такого лечения за пределами тюремного учреждения – в учреждениях здравоохранения при полном соблюдении условий безопасности.

4. Заключенные должны иметь возможность обратиться к врачу в любое время суток. В здании тюрьмы всегда должен находиться человек, способный оказать им первичную медицинскую помощь. При серьезной неотложной ситуации следует известить врача, младший медицинский персонал и руководство тюрьмы; крайне важным является активное участие и вопрос ответственности надзирателей.

5. Заключенные должны иметь возможность получить психологическую помощь и консультации. В крупных пенитенциарных учреждениях в обязательном порядке должна находиться бригада психиатров. В небольших пенитенциарных учреждениях, где нет подобных специалистов, консультации должны проводить приглашенные психиатры, работающие в больницах или занятые частной практикой.

6. Все заключенные должны иметь возможность пользоваться услугами квалифицированного хирурга-стоматолога.

7. Тюремная администрация должна установить контакты с местными государственными или частными медицинскими учреждениями. Поскольку в тюремных условиях сложно обеспечить квалифицированное лечение заключенных, страдающих наркотической, медикаментозной или алкогольной зависимостью, для их лечения и консультирования необходимо пригласить специалистов из обычных медицинских учреждений, специализирующихся на лечении подобных больных.

9. В случае необходимости, при переводе в больницу пациента должен сопровождать врач или фельдшер.

Минимальные стандарты тюремного содержания

Разработанные ООН минимальные стандарты тюремного содержания представляют тот необходимый (но во многих случаях недостаточный) минимум, выполнение которого является обязательным.

были приняты на Первом конгрессе ООН в г. Женеве, посвященном превенции преступности и вопросам обращения с заключенными, и ратифицированы Экономическим и социальным советом в Резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1997 года.

22

Каждое учреждение должно иметь одного квалифицированного медицинского работника в области психиатрии. Медицинская служба должна быть организована в тесном контакте с местными и государственными институтами здравоохранения, должна иметь психиатрическую диагностическую службу и, где это необходимо, возможность лечения заключенных с психическими расстройствами.

Вольные заключенные, нуждающиеся в помощи специалистов, должны быть переведены в особые или обычные стационары. Тюремный стационар должен иметь соответствующее оснащение и квалифицированный медицинский персонал.

Каждый заключенный должен иметь возможность получить квалифицированную медицинскую помощь.

23

Женские тюрьмы должны иметь специальные комнаты для беременных и рожениц. Там, где это возможно роды должны протекать не в тюремной больнице, а в обычном родильном доме. Если ребенок родился в тюрьме, об этом не должно быть указано в свидетельстве о рождении.

Там, где разрешено оставлять ребенка с матерью, должен необходимо иметь квалифицированный персонал и создать условия детских яслей, где можно было бы оставить ребенка, когда он не находится под присмотром матери.

24.

Каждый заключенный должен быть обследован при поступлении в тюремное учреждение и в дальнейшем - по мере необходимости (Детально этот пункт будет рассмотрен в рекомендациях).

25

О физическом и психическом здоровье заключенных обязан заботиться врач, который каждый день обязан навещать больных.

Каждый раз, когда врач считает, что содержание в тюрьме или особые условия содержания в тюрьме могут нарушить физическое состояние или психическое равновесие заключенного, он должен сообщить об этом директору тюрьмы.

26

Врач обязан регулярно проводить инспекции и сообщать директору тюремного учреждения о качестве пищи, санитарно-гигиенических условиях, условиях жизни заключенных и их спортивной деятельности.

Директор обязан учитывать советы врача, а в случае несогласия - сообщать в вышестоящую инстанцию.

Основные права на медицинское обслуживание, которыми должны пользоваться заключенные, состоят в следующем:

Заключенные и другие лишенные свободы лица имеют полное право на охрану физического и психического здоровья.

- a. Исходя из возможностей страны, заключенным должна оказываться бесплатная медицинская помощь.
- b. Заключение о состоянии здоровья заключенных, должно основываться только на показаниях квалифицированных специалистов.
- c. Заключенные, независимо от их согласия, не должны быть вовлечены в проведение медицинских исследований или экспериментов, если это может создать угрозу их жизни.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах ООН - принят Резолюцией 2 200 А (XXI) в 1996 году, вступил в силу в 1976 году.

- Основные международные документы, на которых основаны положения о праве заключенных на медицинское обслуживание:
- **Статья 12**
- Каждый человек имеет право на максимально возможный уровень физического и психического здоровья.

Основные стандарты тюремного содержания

приняты Резолюцией ООН 45/111 14 декабря 1990 года.

- **Принцип 9**
- *Заключенные должны пользоваться существующим в стране медицинским обслуживанием без всякой дискриминации ввиду их юридического положения.*

Совокупность принципов защиты всех заключенных или задержанных лиц

утверждены Резолюцией ООН 43/173 9 декабря 1988 года

Ни одно задержанное или заключенное лицо, независимо от его согласия, не может быть подвергнуто медицинским или научным исследованиям, которые могут нанести вред его здоровью.

Адекватное и эквивалентное обслуживание

1. Общие принципы здравоохранения в общественных медицинских учреждениях и в тюрьмах должны быть одинаковыми.
2. Адекватное лечение
3. Фельдшерский уход
4. Диета, физиотерапия, реабилитация
5. Фармакотерапия
6. Медицинская документация (непрерывность)
7. *Психическое здоровье*
8. *Частые случаи психических расстройств среди заключенных*
9. *Фармакологическая помощь*
10. *Психотерапия*
11. *Социальная терапия*
12. *Физиотерапия*
13. *Стационарное обслуживание в адекватных условиях*

Фундаментальное право

- Право на получение информации, а также на передачу информации семье
- Право на отказ от лечения
- Специфические проблемы
- Проблема членовредительства, суицид
- Голодовка

Профессиональная независимость

- Врачи в «зоне риска»
- Конфликт: лечение пациентов – больной заключенный против администрирования и безопасности тюрьмы
- Клиническое решение, основанное исключительно на медицинских показаниях
- Оценка медицинского обслуживания только по медицинским критериям
- Разница между судебным экспертом и тюремным врачом

Об особой роли тюремного врача и другого медицинского персонала в тюремных условиях

а) Общие требования

1. функции личного врача;
2. консультации тюремного руководства;
3. обучение и информирование медицинским персоналом другого тюремного персонала .

- б) Информация, профилактика и образование в сфере здравоохранения.
- в) Особые формы патологии и профилактические мероприятия в тюрьмах.
- г) Профессиональная подготовка медицинского персонала тюрем.

Особые формы патологии

- Превенция насилия и пыток
- Обследование при поступлении в тюремное учреждение и в дальнейшем - при каждом выходе и возвращении/медицинское документирование
- Конфиденциальность медицинских файлов и непрерывность документирования
- Информированное согласие/ всегда необходимо?

Организационные аспекты

- Отказ от лечения, голодовка
- Принуждение в тюрьмах
- Дисциплинарные процедуры
- Социальные программы
- Телесный осмотр / отчеты в судебные органы (происшествия и общие статистические отчеты)
- Учебные программы

Организация медицинского обслуживания в тюрьмах. Конкретные примеры урегулирования некоторых распространенных проблем.

- а) Инфекционные заболевания, в частности СПИД и ВИЧ-вирус, туберкулез, гепатит.
- б) Противоправное использование наркотиков, алкоголя и медицинских средств: работа аптеки и распространение медикаментов.
- в) Лица, несовместимые с продолжительным тюремным заключением: с серьезными физическими недостатками; преклонного возраста; быстрым летальным прогнозом.
- г) Симптомы психических заболеваний: душевнобольные, лица с серьезными личностными расстройствами, риск самоубийства.
- д) Отказ от лечения. Голодовка.
- е) Принуждение в тюрьмах: дисциплинарные процедуры и санкции, дисциплинарная изоляция, физические ограничения, особо строгий режим.
- ж) Специальные программы охраны здоровья заключенных: социально-терапевтические программы, контакты с семьей и внешним миром, защита интересов матери и ребенка.

з) Личный досмотр, медицинское заключение, медицинское обследование.

Стандарты превенции пыток и насилия

- Роль тюремного врача – первичная идентификация
- Первичная медицинская запись (содержит: интервью – жалобы, анамнез, объективный статус (физический и психический), в случае выявления телесных повреждений или психических проблем – анализ и заключение, а также комментарии заключенного – что сделал, кто, когда, где, почему и как сделал?)
- Вовлеченные специалисты
“Первичный врач”
Специалисты и судебный эксперт
- “Стамбульский протокол”, главный принцип – детальный анамнез до и после пыток, как физический, так и психологический/психический; жалобы; история пыток; сравнительный анализ и дифференцированный анализ; заключение с соответствиями; необходимые исследования; мульти-дисциплинарный подход

Токийская декларация (ВМА)

В октябре 1975 года в Токио XXIX Всемирная медицинская ассамблея принята Токийскую декларацию «Руководящие принципы для врачей в случае применения к заключенным или задержанным лицам пыток или иного нечеловеческого или унижающего достоинство обращения или наказания».

Токийская декларация считается краеугольным камнем всех конвенций или деклараций, провозглашающих запрещение применения пыток. Приведенное в ней толкование пыток в дальнейшем послужило основой Конвенции ООН против применения пыток или иного нечеловеческого, унижающего достоинство обращения или наказания.

Основные положения Декларации:

- *Ни при каких обстоятельствах врач не должен способствовать, благосклонно относиться, принимать участие в пытках задержанных или заключенных лиц или ином жестоким, нечеловеческом или унижающего достоинство обращении или наказаниях.*
- *Врач не должен содействовать применению пыток или иному нечеловеческому обращению путем предоставления помещения, инструмента или вещи, а также своими знаниями.*
- *Врач не должен присутствовать при пытках или ином жестоким, нечеловеческом или унижающего достоинство обращении, в том числе угрозах.*

- *Врач должен располагать полной независимостью при принятии решения о лечении или уходе в отношении того лица, за здоровье которого он несет ответственность.*
- *Если заключенный отказывается от принятия пищи и он, по мнению врача, способен самостоятельно и разумно оценить последствия добровольного прекращения принятия пищи, искусственное питание не допускается.*
- *Всемирная медицинская ассоциация должна способствовать и поощрять международную общественность, национальные медицинские организации и других лиц в поддержке коллег и их семей, если они подвергаются опасности в виде угроз или репрессий.*

Этические принципы деятельности медицинского персонала, в особенности врачей, для защиты арестантов и заключенных от пыток или иного жестокого, нечеловеческого или унижающего достоинство обращения или наказания.

На основании Токийской декларации 18 декабря 1982 года ООН (Резолюция 37/194) были приняты Принципы медицинской этики.

Основные принципы:

- Медицинский персонал, в особенности врачи, оказывающие медицинскую помощь заключенным или задержанным лицам, обязаны обеспечить охрану их физического или психического здоровья по тем же стандартам или того же качества, что и лиц, не являющихся задержанными или заключенными.
- Прямая или косвенная связь медицинского персонала, в особенности врачей, с такими действиями, которые подразумевают участие, соучастие, подстрекательство или попытку применения пыток или иного жестокого, нечеловеческого, унижающего достоинство обращения или наказания, противоречит принципам медицинской этики и в соответствии с действующими международными соглашениями рассматривается как преступление.
- Участие медицинского персонала, в особенности врачей, в каких-либо профессиональных отношениях с заключенными или задержанными лицами, если единственной целью этих отношений не является оценка, охрана и улучшение их физического или психического здоровья, противоречит принципам медицинской этики.
- Нарушением медицинским персоналом, в особенности врачами, принципов медицинской этики считается использование ими своих знаний и навыков для содействия допросу заключенных или задержанных лиц.
- Неэтично участие медицинского персонала, в особенности врачей, в любых ограничительных процедурах в отношении заключенных или задержанных лиц (ограничение - опасность здоровью, своему или чужому).

- Нарушение вышеприведенных принципов недопустимо в любом случае, в том числе при чрезвычайном положении.

Гамбургская декларация Всемирной медицинской ассоциации

Гамбургская декларация Всемирной медицинской ассоциации (Гамбург, 1997 г.) о поддержке врачей, в случае их отказа от участия или сокрытия пыток или других форм жестокого, нечеловеческого и унижающего достоинство обращения.

«Врачам в зоне риска» часто бывает трудно сохранить свою независимость, а потому важно, чтобы власть, которая назначает их на должность, в то же время не имела в отношении них правомочий в правовом отношении.

Резолюция Всемирной медицинской ассоциации об обязанности врачей порицать пытки и иные виды жестокого обращения или наказания, о которых они информированы (WMA Helsinki 2003)

Содержит:

- Разработка заключений в соответствии с Стамбульским протоколом; распространение процедур;
- Сфокусирована на статье 68 Стамбульского протокола о двойных обязательствах;
- Содействие проведению тренингов по вопросам последствий пыток

References:

1. British Medical Association (1986). The Torture Report: Report of a Working Party of the British Medical Association Investigating the Involvement of Doctors in Torture. London: BMA.
2. International Instruments and Mechanisms for the Fight against Torture, IRCT, Copenhagen, 3rd Edition, 2001.
3. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; United Nations; New York and Geneva, 2001.
4. Lone Jacobsen; Knud Smidt - Nielsen: Torture Survivor. IRCT, Copenhagen, 1996.
5. Monitoring Places of Detention: a Practical Guide for NGOs; APT (Financed by the OSCE/ODIHR, Geneva, December, 2002.
6. Principles of International Medical Ethics. Recommendations for Health Care in Prison; M. Jishkariani, RCT/EMPATHY, Georgia; Presented on PRI South Caucasian Regional Seminar, Tbilisi, June 14 – 15, 2002.
7. RCT/EMPATHY Report 2002 (Financed by the OSCE/ODIHR).
8. Права Человека и Пенитенциарные Учереждения, Женева, 2000 г.
9. Руководство по инспектированию тюрем; Бент Серенсен, Дерик Паундер, Эрнан Рейес, Джрерард Руни; “Torture”, IRCT, Copenhagen, 1997.
10. Хельсинский Фонд по Правам Человека: Права Человека: Сборник Международных Документов. Варшава 2001.

11. PRI Information: Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organizational Aspects of Health Care in Prison, April 8, 1998.
12. PRI Information: Mental Health in Prison, WHO Report, Haaga, November 18 – 21, 1998
13. PRI Information: ВИЧ/СПИД, Болезни передаваемые половым путем, и туберкулез в тюрьмахж Отчет о семинаре ВОЗ и ООН – СПИДб Варшава, Польша, 14 – 16 Декабря, 1997 г.
14. PRI Information: WHO Recommendation on HIV/AIDS in Prison, Geneva, March, 1993.
15. Health in Prison: A WHO Guide to the essentials in Prison Health (2007, Copemhagen)

Specially used materials: Presentation

- HEALTH CARE IN PRISONS
- *by*
Professor Bent Sørensen, MD, DMSc
- Former Rapporteur to the UN Committee against Torture
- Former First Vice President to the EC's Committee for the Prevention of Torture (CPT)
- Senior Medical Consultant to the IRCT
- E-mail: bs@irct.org

RCT/EMPATHY: International Standards for Health in Prison (Guideline for Monitoring of Prisons), Tbilisi 2007, Dr. Mariam Jishkariani

Физические доказательства пыток

*Русудан Бериашвили,
Ассоциированный профессор судебной медицины,
Кафедра судебной медицины Тбилисского государственного медицинского
университета;
глава Отделения медицинской экспертизы Национального бюро судебной
экспертизы;
генеральный секретарь Ассоциации судебных медиков Грузии;
член Международной академии судебной медицины (IALM);
член Рабочей группы по ДНК-анализу Европейской сети судебно-экспертных
учреждений (ENFSI DNAWG);
член Международного общества судебных наук (FSS);
член Международной ассоциации коронеров и медицинских экспертов (IACME).*

Пытка является крайней формой антигуманного, унижающего человеческое достоинство обращения и наказания. Статья 1 Конвенции ООН против пыток содержит следующее определение пытки:

«Определение «пытка» означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило данное лицо или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо к чему-либо или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, либо по их подстрекательству, с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно».

Самыми распространенными методами физических пыток являются следующие методы:

- ▶ Побои;
- ▶ «Стоматологическая» пытка;
- ▶ Подвешивание;
- ▶ Помещение в нефизиологическое положение;
- ▶ Пытки с помощью электрического тока;
- ▶ Удушение;
- ▶ Пытки сексуального характера;
- ▶ Пытки с использованием лекарственных средств;
- ▶ Клеймение;
- ▶ Пытки огнем и др.

Для пыток используются как физические, так и психологические методы. Такое разделение является условным, так как в любом случае пытка включает в себя оба компонента - физический и психологический. Физическая пытка всегда сопровождается психологической. Психологическая пытка прежде всего наносит вред морально-психологическому состоянию жертвы и может не включать в себя физического насилия.



Подвешивание и его результаты

Физическая пытка подразумевает физическое насилие и причинение боли. Существуют методы физической пытки, которые не оставляют явных повреждений на теле. К таким методам, например, можно отнести удушение газом, некоторые виды пыток электротоком и др. Поэтому иногда не возможно установить факт пытки только при помощи судмедэксперта. Даже при наличии повреждений, такие виды преступления трудно расследовать, так как факт пытки устанавливают юридические инстанции, которые часто сами замешаны в подобных действиях. В силу указанных причин, было разработано международное руководство для обследования жертв пыток – Стамбульский протокол.

Цель методов, описанных в Стамбульском протоколе, состоит в том, чтобы предоставить специалистам сферы здравоохранения и юристам возможность для совместного осуществления эффективных мер по документальному подтверждению фактов пыток, что становится надежной основой для успешной борьбы против пыток и других форм бесчеловечного обращения. Основными принципами Стамбульского протокола являются многопрофильное расследование и детальное, скрупулезное документирование.

Многопрофильность расследования факта пытки, то есть одновременное и согласованное участие в расследовании медицинского, психиатрического, юридического и других компонентов, обеспечивает многофакторное изучение тяжелейших случаев и создает объемную картину, что часто является единственным способом расследования таких случаев. Детальная, скрупулезная документация случаев пыток дает возможность для согласования данных и их полноценной оценки, что обеспечивает их правильную интерпретацию.

Согласно действующему грузинскому законодательству, при проведении судебно-медицинской экспертизы случаев пыток имеется ряд ограничений, описанных ниже.

В соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом Грузии, «поставленные перед экспертом вопросы и его заключение не должны выходить за рамки его специальных знаний» (статья 365, часть 44 Уголовно-процессуального кодекса Грузии).



Ожоги и их последствия

Компетенция судмедэксперта, как специалиста с высшим медицинским образованием, включает в себя только медико-биологические вопросы, которые встают перед юридическими органами в процессе следствия или судебного разбирательства уголовных или гражданских дел.

Согласно действующим в Грузии «Правилам судебно-медицинской оценки тяжести телесных повреждений» (статья 4, параграф 24), судмедэксперт не квалифицирует телесные повреждения как результат пытки. Решение этого вопроса входит в компетенцию органов, осуществляющих дознание и предварительное следствие, а также судебных органов.

Судмедэксперт должен решать только следующие вопросы:

1. Наличие телесных повреждений и их характер;
2. Давность повреждений;
3. Орудие, при помощи которого нанесены повреждения, и способ их нанесения (по медицинским данным);
4. Степень тяжести телесных повреждений.

Под способом нанесения телесных повреждений подразумевается следующее:

1. Действие, причиняющее муки путем длительного лишения человека пищи, воды или тепла, помещение во вредные для здоровья условия или оставление жертвы в таких условиях, и другие подобные действия (истязания);
2. Действие, при котором жертве причиняется боль путем многократного или длительного воздействия – шипание, избиение розгами, причинение многочисленных, но незначительных поверхностных повреждений тупым или острым предметом, термическое воздействие и другие подобные действия (мучения).

При оценке тяжести телесных повреждений в таких случаях судмедэксперт руководствуется соответствующими положениями вышеуказанных правил.

С медицинской точки зрения телесным повреждением считается нарушение анатомической целостности или физических функций органов и тканей в результате воздействия внешних факторов.

Побои не являются особым видом нанесения повреждений и определяются статьей 124 Уголовно-процессуального кодекса Грузии как насильственное действие (многократное нанесение ударов), вызывающее физическую боль, но не оставляющее каких-либо следов повреждений, в частности, царапин, кровоизлияний и др. Если в результате побоев на теле появляются следы повреждений, они оцениваются по

соответствующему характеру повреждений, а если в результате побоев на теле не остается никаких объективных следов, тогда судмедэксперт в своем заключении описывает жалобы обследуемого лица и указывает, что объективных признаков повреждений не обнаружено. В таком случае установление факта побоев переходит в компетенцию органов дознания и следствия, а также судебных органов.



Побои и их последствия

“Пощечина” – удар, наносимый рукой по лицу, который ведет сначала к анемии, а затем гиперемия данной области, которая вскоре исчезает без следа. Если жертва обследуется не позднее, чем через час после нанесения пощечины, на лице возможно наличие гиперемии в виде параллельных полос, которые представляют собой отпечатки пальцев. Иногда на слизистой оболочке щеки могут наблюдаться кровоизлияния, особенно вдоль ряда зубов.

Для определения характера и тяжести телесных повреждений, предположительно полученных в результате пытки, судмедэксперт проводит комплексное медицинское обследование, которое включает в себя клинические, морфологические, функциональные, инструментальные и многие другие виды исследований, на основании результатов которых он делает научно обоснованные выводы. Проведение такой экспертизы только на основе медицинских документов (история болезни, личная карта амбулаторного больного и др.) допустимо лишь в исключительных случаях и только при наличии полноценных документов, содержащих исчерпывающие сведения о характере повреждений, их клиническом развитии и другие данные, необходимые для экспертизы.

При осмотре пострадавшего эксперт выясняет обстоятельства причинения телесных повреждений, жалобы и, в случае необходимости, другие сведения; знакомится с материалами дела и медицинскими документами. Для уточнения основных обстоятельств он должен выяснить следующее:

1. Где и когда были получены повреждения;

2. Кто нанес повреждения (имя, фамилия, пол, возраст, физическое развитие, внешность);
3. Каким предметом и способом были нанесены повреждения (кулаком, острым или тупым предметом, огнем и т.д.);
4. Какая часть тела повреждена;
5. Каким было состояние потерпевшего сразу после нанесения повреждений (потеря сознания, тошнота, рвота, головокружение, кровотечение);
6. Обратился ли потерпевший за медицинской помощью, в какое медицинское учреждение он обратился и т.д.



“Фаланга” и ее последствия

Во время обследования важно указать интенсивность, частоту и длительность каждого симптома. Обследуемому нельзя задавать наводящих вопросов, чтобы избежать возможного преувеличения и симуляции.

При определении характера и длительности болезни или нарушения функций, связанных с телесными повреждениями, судмедэксперт должен опираться на объективные медицинские данные, полученные в процессе проведения экспертизы, и определить степень тяжести повреждения на основе фактически существующих данных.

Телесные повреждения, полученные в результате пытки, могут быть различной степени тяжести, что предполагает различную уголовную ответственность, поэтому судмедэксперт, в первую очередь, определяет степень тяжести повреждений.

Обследование начинается с детального осмотра тела. Во время осмотра и описания существующих телесных повреждений судмедэксперт обращает внимание на следующее:

- характер повреждений;
- локализация;
- форма;

- размер;
- направление;
- цвет;
- рельеф;
- глубина;
- наличие инородных тел;
- особенности поверхности вокруг повреждений;
- характер кровотечения;
- признаки заживления и др.

Для локализации и регистрации характера всех повреждений судмедэксперт должен использовать схематическое изображение тела (контурные карты тела). При обследовании, как правило, должна использоваться фотосъемка. При необходимости, желательно проведение рентгенографии, томографии и других инструментальных видов обследования.

Заключение эксперта, составленное в результате экспертизы телесных повреждений, должно содержать следующие сведения:

- характер повреждений с медицинской точки зрения (царапина, кровоподтек, порез, перелом кости и др.), их локализация и особенности;
- тип орудия или предмета, который мог быть использован для нанесения повреждений;
- механизм развития повреждения;
- давность повреждения;
- степень тяжести телесного повреждения с указанием критериев – опасность для жизни, вред здоровью, потеря трудоспособности и т.д.

В заключении эксперт должен выразить свое мнение о происхождении повреждения: было ли оно нанесено другим лицом или самим обследуемым, было ли оно нанесено по неосторожности или вследствие патологического процесса и др. Характер предмета, который использовался для нанесения повреждений, судмедэксперт определяет на основе морфологических особенностей травмы.

Если эксперт обнаруживает признаки причинения особенно сильной боли, такие как многочисленные следы щипков, колотые раны, ожоги и др., он указывает этот факт в своем заключении. Если при обследовании обнаруживаются повреждения различной давности (царапины, кровоподтеки, шрамы и др.), судмедэксперт указывает в своем заключении, что они были нанесены в разное время. Судмедэксперт определяет давность повреждения на основании особенностей регенеративных процессов в тканях (изменение цвета кровоподтека, заживление царапины и пореза). Однако динамика этих процессов индивидуальна для каждого организма и зависит от многочисленных внешних и внутренних факторов, таких как температура воздуха, уровень радиации, повреждающие факторы, локализация повреждения и др., что создает определенные трудности при установлении давности повреждения и требует от судмедэксперта наличия высокой степени квалификации и знаний. Именно установление давности повреждений является одним из направлений работы Кафедры судебной медицины Тбилисского государственного медицинского университета, где совсем недавно был подготовлен квалификационный научный труд – кандидатская диссертация на тему: «Установление давности колотой раны», который, как мы надеемся, внесет определенный вклад в важное дело исследования пыток с применением этого вида повреждений и других видов насилия.

Пытки. Психические последствия

ПЫТОК

Prepared on Russian for the Caucasian Training – Seminar, held in Tbilisi, 23
– 25 of September 2010.

Dr. Mariam Jishkariani

The Rehabilitation Centre for Victims of Torture “EMPATHY

(RCT/EMPATHY, Georgia); Medical Director;

Board Member of the WPA Section “Torture Psychological Consequences and Persecution”;

Member of the Penal Reform International;

Address: 23 Kandelaki Str., , Tbilisi 0160, Georgia.

E – mail: centre@empathy.ge

www.empathy.ge

После Второй мировой войны, на фоне преступлений против человечества, в которые были вовлечены и врачи, возникла необходимость в создании целого ряда международных организаций, которые смогли бы разработать единые положения и мероприятия с целью предотвращения подобных преступлений в будущем. Таким образом была создана Организация Объединенных Наций. Устав ООН подписан в Сан-Франциско 26 июля 1945 года и вступил в силу 24 октября 1945 года. В июле 1945 года в Лондоне прошла неофициальная конференция с участием врачей из нескольких стран, а 18 сентября 1947 года в Женеве была создана Всемирная медицинская ассоциация.

«Женевская Декларация – Клятва врачей» 1948 г., – Основанное на клятве Гиппократова, главное правило Клятвы врачей гласит: «Здоровье моего пациента будет моим первым вознаграждением»

Нюрнбергский кодекс – уголовный камень - информированное согласие – «Нюрнбергский кодекс». Кодекс разработан в Германии, г. Нюрнберге, в августе 1947 г. во время процесса над врачами-нацистами (т.н. «суд над врачами»). Осужденным на этом процессе врачам было предъявлено обвинение в проведении жестоких, бесчеловечных экспериментов над людьми в концентрационных лагерях во время Второй мировой войны. Авторами Нюрнбергского кодекса считаются: Лео Александер - австрийский врач, который собирал материалы, изобличающие нацистские преступления. Им был создан меморандум «Этичные и неэтичные эксперименты на человеке»; Вернер Лайбарди – немецкий психиатр, который открыл на Нюрнбергском процессе дебаты по вопросам медицинской этики; и Эндрю Иви – психолог. По просьбе Медицинской ассоциации США им был разработан документ «Этические принципы проведения экспериментов над человеком», который был принят Советом делегатов Медицинской ассоциации США в декабре 1946 года.

*Convention Against Torture and
Other Cruel, Inhuman or Degrading
Treatment or Punishment
Adopted 10 December 1984
In force 26 June 1987*

■ Статья 1.

- «Для целей настоящей Конвенции определение "пытка" означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия»

Таким образом важное значение имеет:

- (1) *сильная боль или страдание, физическое или нравственное,*
- (2) *причиненное умышленно,*
- (3) *по любой причине, основанной на дискриминации любого характера,*
- (4) *государственным должностным лицом, или по его подстрекательству, или с молчаливого согласия*

История пыток **Психологические аспекты пыток**

История пыток насчитывает столетия. Физические методы пыток стали особенно изощренными в период инквизиции. Однако научные исследования не проводились. Основные исследования проводились в отношении последствий Второй мировой войны, в особенности, отдаленных и запоздалых последствий.

Методы

Пытка – это динамический процесс, начинающийся с задержания или ограничения свободы, включающий причинение лицу одной или нескольких травм, которые могут быть нанесены в разное время и в различных местах, и завершающийся освобождением или смертью жертвы. (Шомниер, 1992). Каскад этих действий может вскоре начаться вновь, не оставив человеку время для выздоровления. Во многих случаях применяются как физические, так и психологические методы пыток. Однако надо отметить, что подобная дифференциация весьма условна: в любом случае пытка содержит оба компонента: как физический, так и психологический. Методы пытки, называемой «физической», подразумевают причинение жертве физической боли и страданий в результате действий палачей, или нанесение иных физических (телесных) травм другими лицами; к ним же следует отнести методы физической пытки, не оставляющие следов на теле (например, удушение газом). Подразделение пыток на физические и психологические весьма условно, поскольку все психологические методы имеют физико-соматические последствия (например, холод, голод и др.) и, разумеется, физические методы влекут в дальнейшем серьезные психологические последствия. Исходя из вышеизложенного, к психологическим условно относят такие методы, которые прежде всего наносят вред моральному и психологическому состоянию жертвы, и при этом не содержат элементов физического насилия со стороны других лиц.

Аффект страха

- Признано, что методы пытки, создающие серьезную угрозу жизни, физическому или психическому состоянию человека,
- вызывают чувство непреодолимого страха, которое становится причиной глубокой и серьезной психической травмы.

Период «ломки»

- Пыткам предшествует период взятия под стражу и так называемой «ломки», который характеризуется проявлением общих или конкретных, физических или психологических видов жестокости, таких как: Связанный с пытками опыт и распространенное в обществе мнение о том, что любое задержание обязательно сопровождается пытками;
- Предшествующий пыткам период, характеризующийся различными угрозами в адрес задержанного и членов его семьи;
- Открытая слежка и преследование, а также другие виды ограничения свободы человека;
- Частые допросы и вызовы в правоохранительные органы;
- Вторжения в дом, запугивание семьи;

Подготовка к пыткам

- Все вышеперечисленное вызывает : крайнее перенапряжение и переутомление человека,
- нарушение его компенсаторных функций и психо-эмоциональную астенизацию;
- бессонницу, создание безвыходного положения;
- Создавшаяся обстановка «подготавливает человека к пыткам», помогает духовно сломить и запугать будущую жертву.

Акт взятия под стражу

- За подобными действиями следует акт взятия под стражу, который по своей форме также является оскорбительным и жестоким:
- вооруженные люди в масках врываются в дом или нападают на улице, действуя с вопиющей жестокостью;
- в доме бьют и ломают все вещи, а человека жестоко избивают прямо во время ареста всем, чем только можно: сапогами, кулаками, оружием или другими тупыми предметами, надевают на него наручники и в неудобной, унижительной позе заталкивают в машину.

Лишение свободы

- Период взятия под стражу завершается лишением свободы и помещением в полицейский изолятор или тюрьму, где чаще всего человек подвергается пыткам.

- С момента доставки к месту заключения начинается период невыносимых страданий и систематических избиений,
- что выражается: в длительных, утомительных и унижительных допросах,
- ограничении естественных потребностей человека, в частности воды и еды,
- запрете пользоваться туалетом;
- здесь также имеет место избиение, неожиданные удары с разных сторон ногами, руками, дубинкой и другими предметами, так называемое «боксирование» жертвы;
- нередко в ожидании допроса или пытки задержанного заставляют в течение нескольких дней оставаться в стоячей позе (т.н. поза «плантона»).

Физические Методы Пытки

- Избиения (Дубинкой, Сапогами, Прикладом Оружия, Тупыми предметами, рукоприкладство, и др.)
 - А. Систематическое В. Одноразовое
- Пытка Электротоком:
 - А. Через Ротовую полость
 - В. Через половые органы
 - С. Через пальцы и конечности
 - Д. Прочее
- Подвешивание (Ласточка и т.д.)
- Нефизиологическое Положение
- Сексуальная Пытка
- Изнасилование
- Насильственное или Принудительное Оголение
- Принуждение к Онанизму
- Принудительное участие в Изнасиловании
- Принятие унижительной позы
- Повреждение Половых органов
- Медико-Стоматологическая Пытка (Экстракция или же Выбивание зубов)
- Удушение (Противогазом, Окунанием в воду и пр.)
- Фармакологическая Пытка (посредством Наркотического, Психотропного или другого препаратов, указать по мере осведомленности)
- Нанесение увечий (выдергивание ногтей, ампутация уха, фаланг, Лишение Зрения, срезывание кожи или других тканей)

- Прижигание (сигаретой, раскаленным металлом, фиксация на раскаливаемой решетке или горячей крышке)
- пытка посредством животных (натравливание собак и прочее)

Методы Психологической пытки

- Депривация,
- Изоляция Холод, Темнота, Недостаток Кислорода
- Животные в камере (Насекомые, Грызуны и прочее)
- Отсутствие Санитарных Условий
- Агент в камере
- Нахождение в камере рядом с Жертвами пыток
- слышимость криков Жертв пыток
- Присутствие при пытке другого человека
- пытка члена семьи или другого близкого человека
- Депривация сна
- Неопределенное ожидание пытки
- угрозы 1. изнасилования. 2. По отношению семье 3. Подвергнуть пытке близкого человека Унижение
- Оскорбления (словесные)
- запугивание
- Лже-Смертный Приговор
- Недостаток Пищи и Воды
- Ограничение в удовлетворении естественных потребностей
- Нереальный выбор (Признание, выдача лживой информации, Склонение к Сотрудничеству и прочее
- Отсутствие Медицинской Помощи

Часто во время пыток прибегают к фотографированию или видео-, аудиозаписи таких ситуаций, которые в дальнейшем вызывают у человека чувство жгучего стыда, например, изнасилования или иных видов сексуальной пытки, запугивают этим жертву и принуждают к постоянному подчинению; В таких ситуациях особое значение имеет этнокультурный фактор; В некоторых этнических группах изнасилование воспринимается как страшный грех, после чего человек должен либо покончить с собой, либо мстить обидчику и т.д. Находясь в такой ситуации, человек нередко бывает согласен на все.

Среди травматических стрессовых ситуаций пытка занимает особое место, т.к. она представляет собой целенаправленное, планомерное, преднамеренное страдание, причиняемое одним человеком или группой людей, другому человеку или группе людей, которое не только подвергает физическое существование человека сильнейшему потрясению, что является характерным фактором во время природных катастроф и войн, но и создает фундаментальную опасность его духовному существованию и нормальной психической деятельности в результате действия фактора морального уничтожения, связанного с ощущением униженности, беспомощности, зависимости и полной неопределенности.

Цель пытки:

- полностью сломить человека, уничтожить его будущее, нарушить его психосоциальное функционирование;
- запугать и терроризировать общество в целом;
- во многих случаях, получить от человека признание в преступлении, которое он не совершал.
- принудить человека стать информатором или заставить его сообщать сведения о других лицах, нередко о таких фактах, к которым данные люди непричастны;
- зачастую пытки и жестокое обращение служат целям подавления и оскорбления человека по этническому признаку, а также его унижению или уничтожению по религиозным или идеологическим мотивам.
- Нередко пытка, которая сама по себе является неправомерным действием, становится средством утверждения «криминального права», как например: арест, как правило незаконный, с целью вымогательства денег; рэкет и терроризирование со стороны силовых структур;
- Часто подобные действия связаны с садистскими наклонностями палачей;
- И наконец, практика пыток создает незыблемую основу для создания авторитарных государственных отношений и служит глобальному запугиванию и подавлению общества с тем, чтобы люди не смогли прибегнуть к какой-либо форме протеста и не посмели бы выступить против существующего режима.
- Часто подобные действия связаны с садистскими наклонностями палачей;
- И наконец, практика пыток создает незыблемую основу для создания авторитарных государственных отношений и служит глобальному запугиванию и подавлению общества с тем, чтобы люди не смогли прибегнуть к какой-либо форме протеста и не посмели бы выступить против существующего режима.

Lira (1995): «В более широком смысле, целью пыток является запугивание третьих сторон и формирование в обществе атмосферы страха, подавленности, бессилия и покорности».

Summerfield (1995): «Жестокость часто бывает ориентирована на целенаправленное уничтожение экономического, социального и культурного мира

жертвы». «В этом аспекте последствием пытки может стать травмирование общества, что, в свою очередь, может вызвать формирование различных видов общественной дисфункции.

«Пытки могут насаждать террор среди населения и создавать такой порядок, в основе которого лежит масштабный страх, угрозы, террор и подавление, а не свобода и независимость. Они могут создавать репрессивную среду. Это среда незащищенности, террора, недоверия и раскола в социальной жизни. Общий страх перед пытками оказывает продолжительное воздействие на коллективное поведение. Более того, исследование показало, что последствия пытки могут передаваться следующим поколениям, создавая историческую травму». (*Lira, 2002*).

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЫТОК

Пытки в любом случае, вне зависимости от того, будут они психологическими или физическими всегда включают в себя психологически-психический компонент.

Пытки или чрезвычайные стрессовые явления, которые представляют серьезную опасность для жизни, вызывают значительные стрессовые нарушения, симптомы которых характеризуются полиморфизмом и многообразием.

Таким образом, пыткам уделяется особая роль среди травматических стрессовых явлений, так как они представляют собой целенаправленное и запланированное, преднамеренное мучение человека или группы людей другим человеком или группой.

Это представляет значительный стресс не только для физического существования человека, что представляет самый частый фактор при природных катастрофах и войнах, а также ведет к значительной опасности для его духовного существования и нормального психического функционирования, так как подразумевает собой в основном морально уничтожающий факт травмы, который связан с чувствами оскорбления и беспомощности, зависимости и полной неопределенностью будущего.

Изучение влияния особо тяжелых стресс факторов, таких как пытки и нечеловеческое обращение, на психическое здоровье человека имеет большую историю.

Однако, психические результаты пыток недостаточно изучены, к тому же необходимо отметить, что на сегодняшний день не установлена корреляция между различными методами пыток и вызванными ими психическими расстройствами (Басоглу, 1992). Кроме того существует мнение, которое фигурирует в анализе генеза чрезвычайных стрессовых ситуаций, вызванных пытками, что психические осложнения, вызванные пытками зависят возраста, пола, этнокультурных особенностей и политических, либо религиозных взглядов (Цомнье и другие, 1992).

ОСНОВЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА /ПТСР/

Наиболее распространенным психическим нарушением, которое вызывается выходящим за рамки человеческого опыта «Жизненным Стрессовым Событием» /Life Stress Event/ является «Посттравматическое Стрессовое Расстройство» /ПТСР/, в литературе широко используется английская аббревиатура «PTSD»-/Posttraumatic Stress Disorder/.

На основе научной литературы и анализа наших исследований очевидно, что самым распространенным психическим нарушением в случае пыток является посттравматическое стрессовое расстройство, а также часты его хронические и осложненные или комбинированные варианты, о которых разговор будет идти в дальнейшем.

Понятие «Посттравматическое Стрессовое Расстройство-ПТСР» /Posttraumatic Stress Disorder- PTSD/ было введено в 1980 году М. Horowitz и соавторами и в том же году впервые в самостоятельную рубрику оно было включено в американскую классификацию психических расстройств DSM-III. В 1987 году в дополнении DSM-III-R даны диагностические критерии PTSD. /39;57./

До выделения Посттравматического Стрессового Расстройства в самостоятельную рубрику подобные нарушения ближе всего стояли к клиническому понятию «Травматический Невроз», появившемуся в 1884 году

В 20-ые годы в клинической психиатрии отмечается значительный этап в изучении психогений той группы, которые известны под названием реактивных психозов, что связано с именем Карла Ясперса .

По теории Ясперса, невыносимой реальностью может быть тюремное заключение, несчастные случаи, землетрясения и другие катастрофы, тоска по Родине, сексуальное насилие, сильный страх, сильная эмоциональная реакция, военная служба, языковая изоляция и другие.

Концепция К. Ясперса

В зависимости от причины различают психозы, спровоцированными различными ситуациями: например, тюремный психоз, ностальгический психоз, паранойя «гувернанта», психоз, вызванный землетрясением и т. д.

Кроме причин различается также структура реакций: истерический, параноидальный, депрессивный, нарушение сознания, примитивный и другие.

Предложенные им клинико-диагностические критерии реактивных состояний: связь патологической реакции с психической травмой в зависимости от времени, содержания и течения, и сегодня очень актуальны для психиатрии.

Поздние формы реактивных состояний

К 60-ым годам были описаны поздние формы реактивных реакций, то есть формы, очень отдаленные от травматического момента, во время которых нарушается критерий «временной связи» Ясперса, хотя травматическое явление полностью отражается в клинической картине.

Во время поздних реакций «латентное время» между психической травмой и патологической реакцией очень продлено и иногда может достигать даже нескольких лет (Шувалов, Гиляровский, Читава).

Следующий этап изучения травматического стресса – Последствия Второй Мировой Войны

Отдаленные нервно-психические результаты перенесенной психической травмы среди бывших депортированных были изучены впервые французскими врачами. 1948 г. Dreifus и Fishes в 1957 году указывали на обратимые и необратимые астении у отмеченного контингента. Основными признаками заболевания являлись: снижение веса, раннее и быстрое старение, вазомоторные и желудочно-кишечные нарушения.

В 1950 году французский психиатр Tagowla описал тяжелую форму астении с приступами пароксизмальной, эмоциональной экмнезией у бывших депортированных. Приступы характеризовались внезапным падением на землю и потерей сознания: пациент двигался или лежал без движения, в других случаях была выражена умеренная моторная возбудимость с различными движениями и в определенной степени ограниченной речью. После приступов развивалась полная амнезия.

В отличие от датских врачей французские врачи подчеркивают в развитии схожих нарушений роль психогенных факторов (Misere Morale). Слияние физиологических потерь с моральными мучениями было описано как астенический синдром депортированных, который был квалифицирован как отдаленный результат психической травмы.

Согласно Targowla - е, среди бывших французских депортированных астенический синдром отмечался у 65-70%-ов.

Fishes указывал на высокий процент смертности среди депортированных, даже по сравнению с крайне бедной частью населения. Из 38000 французских депортированных 16000, то есть почти 50%, скончались после репатриации (Desual 1957 г.). В Венгрии после освобождения погибли больше 20%-ов депортированных (В.М. Морозов 1958 г). Michel (1957 г) считал, что «постлагерная астения» может быть рассмотрена как определенная нозологическая форма.

В 1952 – 1954 гг датские ученые Helweg-Larsen et al., (1952 г.) и K. Herman, P. Thygesen (1954 г..) описали неврастенические состояния у датских депортированных, что отмечалось у 75% бывших заключенных.

Психотерапевты пережившие пытки

Особого внимания заслуживают наблюдения Viktor Frankl, Adler, Cohen и Kolle. В своем труде «Психолог в концентрационном лагере» В. Франкл на основе собственных переживаний и опыта заключенного в концентрационных лагерях в Освенциме, Дахау и Терезинштадте, отмечает, что реакции заключенного можно разделить на три фазы:

1. Шок от попадания в концентрационный лагерь;
2. Типичные изменения из-за длительного пребывания в концентрационном лагере;
3. Освобождение.

Согласно Cohen различают следующие стадии:

1. Фаза первичной реакции;
2. Фаза адаптации;
3. Фаза апатии.

Фаза Шока

- Cohen о фазе шока _ острая реакция «ощепенения».
- В. Франкл относит фазу шока к аномальным реакциям переживания, хотя сразу же оговаривается: «В то же самое время не следует забывать, что во время такой аномальной ситуации, которую представляет концентрационный лагерь, такие аномальные реакции переживаний представляют собой нечто нормальное».

Фаза Адаптации

- Вторая фаза, изменений характера и адаптации характеризуется апатией и агрессией.
- А по оценке психоаналитиков, психологической регрессией; шизоидным типом изменений характера личности.
- Кроме этого неопределенный срок нахождения в концентрационном лагере вызывал чувство «потери будущего» (Frankl, Cohen).

Фаза Освобождения

- О «фазе освобождения» Франкл писал следующее: «Освобожденный из лагеря еще не вышел из чувства деперсонализации. Он еще не может наслаждаться жизнью – он еще должен научиться этому. Он отвык от этого».
- Кроме этого, он согласно данным Hoffmeyer и Hertel-Wulff отмечает, что характерными симптомами после освобождения являлись: беспокойство, чувство усталости, нарушение концентрации, возбуждение, вегетативные симптомы, депрессии и головная боль.
- Данные симптомы отмечались у 78%, из них 47% жаловались на «ночные кошмары в виде концентрационных лагерей».
- По данным Колле, у данного контингента была широко представлена хроническая депрессия. В 1958 г. он писал: «Многие и сегодня не могут забыть переживания, связанные с заключением и гибелью близких; эти переживания гнетут их день и ночь, даже во сне».

Проблема Суицида

Франкл рассматривает и проблему суицидов в концентрационном лагере, которая еще со времен первой мировой войны известна как «синдром колючей проволоки» (Vischer 1918 г).

Хроническая депрессия

Еще в то время Colle ставил под вопрос отнесение хронических форм депрессии и другие психореактивные нарушения у данного контингента к общему собирательному понятию «неврозов», так как налицо был полный крах всей жизни этих людей. На их депрессию обычно незначительно действовал даже факт освобождения.

Патологическое Горе

Подчеркивая некоторые особенности длительных после-стрессовых расстройств E. Lindemann в 1944г./72/ предложил для их определения использовать понятие «Патологическое Горе»-/Pathological Grief/.

Согласно клиническому описанию - это синдром имеющий специфическую психопатологическую и соматическую симптоматику.

Синдром может развиваться непосредственно после несчастья или спустя какое-то время, может быть явно выражен или мало заметен. При лечении этот синдром трансформируется в нормальную реакцию на горе, а потом исчезает вообще.

1. **психогенно обусловленные соматические расстройства /чувство сжимания в горле, одышка, частые глубокие вздохи, ощущение пустоты в животе, мышечная слабость, чувство разбитости, головные боли, вкусовые нарушения/;**
2. **озабоченность постоянным представлением утраты/умершего и т. д./;**
3. **чувство тоски;**

4. реакции враждебности и

раздражительности;

5. утрата присущих раннее стереотипов поведения.

Синдром Выживших

W. Niderland/85;86/ в работе «клинический обзор синдрома выживших» и R. Lifton/74/ в работе «Выжившие в Хиросиме» делают вывод о том, что стрессовые события и катастрофы вызывают длительные психические нарушения, которые ими были квалифицированы как «Синдром Выживших»-/Survivor syndrome/.

В этих случаях психические нарушения варьируют от «зомбиподобной психической заторможенности»-/zombie-like psychic numbing/ и резких изменения личности с нарушением социальной адаптации.

R. Leopold и H. Dilon в 1957г _«посттравматический невроз выживших» /Post-traumatic neurosis in survivors/ или как «посттравматическая психологическая болезнь».

Синдром Изнасилованных

Позже A. Burges/27/ и L. Holstrom/26/ вводят понятие «Синдром Изнасилованных»-/Rare-Trauma Syndrome/, определяя его как специфический психосоматический синдром, развивающийся в отдаленные сроки и характеризующийся утратой обычной эмоциональности, «травматофобией», повышенной возбудимостью и раздражительностью, навязчивыми ночными кошмарами.

Пост – Вьетнамский синдром и ПТСР

Среди наиболее частых расстройств отдаленного периода отмечались навязчивые воспоминания, часто с диссоциативными эпизодами «Flashbacks»-/эпизоды того, что травмирующее «Событие» и то, что ему предшествовало вновь повторяются/ и сопровождались чувством угнетенности, страхом, разнообразными соматическими жалобами;/28;29/ состояния отчуждения и безразличия с утратой обычных интересов и чувством вины; кошмарные сновидения, связанные с предыдущем военным опытом.; повышенная возбудимость, раздражительность, взрывчатость. Учитывая некоторую специфичность этих нарушений, для их обозначения С. Figley/43/ предложил термин «Пост-Вьетнамский Синдром»-/Post-Vietnam Syndrome/.

Таким образом, к концу 70-ых годов накопленный материал указывал на то, что, несмотря на различия травмирующего фактора, у пострадавших отмечаются целый ряд общих и повторяющихся симптомов психических нарушений, которые отличались выраженной специфичностью и полиморфностью и не соответствовали не одной из общепринятых нозологических форм, что и легло в основу выделения этих расстройств в отдельную клиническую форму.

Психологически модель патогенеза PTSD

Среди психологических моделей патогенеза PTSD наибольший интерес представляет модель предложенная М. Horowitz./55/ который опирается на идеи S. Freud/17/ о механизмах «Травматического Невроза».

Схема М. Horowitz выглядит следующим образом: «Травматический стресс – Отрицание - Повторное переживание-Усвоение».

Симптоматика «Отрицания» проявляется в некоторых случаях амнезией, нарушением внимания, общей психической заторможенностью, стремлением избегать любых ситуации, ассоциирующих с травмирующим событием.

Симптоматика «Повторного переживания» включает навязчивые воспоминания, представления, мысли, сновидения, ночные кошмары, диссоциативные эпизоды «Flashbacks», ощущение тревоги, в некоторых случаях - паники.

Патогенез травматического стресса

В настоящее время наиболее перспективны теоретические модели патогенеза, учитывающие как психологические, так и биологические аспекты развития ПТСР.

Этим условиям наиболее соответствуют нейropsychологическая гипотеза L. Kolb, /68/ а также взгляды B. Green и J. Lindy, T. Miller. /54; 84/

В частности обобщив данные биохимических и психофизиологических исследований был сделан вывод,

что в результате чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стимулирующего воздействия в нейронах коры головного мозга происходят изменения, блокада синоптической передачи и даже гибель нейронов. В первую очередь при этом страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна. Важно отметить, что эти наблюдения были подтверждены результатами лабораторной диагностики.

Значительная часть исследований посвящена клинико-лабораторному изучению механизмов развития ПТСР. S. Paige /89/ и соавт. отмечают на ЭЭГ достоверное различие между больными с ПТСР и здоровыми людьми по зависимости амплитуды пика P-2 слуховых вызванных потенциалов от интенсивности стимула.

Уменьшение амплитуды отмечено у 75% больных и только у 25% здоровых. По мнению авторов, полученные результаты могут иметь важное диагностическое значение. R. Ross и соавт. указывают на изменения физиологии сна при ПТСР.

Они обнаружили у ветеранов Вьетнамской войны с ПТСР относительное удлинение REM фазы сна, а также большое количество стертых REM фаз, что свидетельствует о негативном влиянии ПТСР на процессы физиологического восстановления ЦНС.

Как известно из неврологических исследований страдающих ПТСР, эти расстройства наиболее часто сочетаются с травматическими нарушениями ЦНС (черепно-мозговая травма и т. д.), что существенно влияет на клинические проявления и стойкость симптомов ПТСР. (M. Stocq и соавт.) /33/

Конфликт между двумя концепциями:

Конфликт между двумя концепциями: одни авторы считали ПТСР заболеванием, развившегося у ранее уязвимой личности. /62;38;34;36;42;90;93; 94;95;31;70;96;78;79;103/, другие большее внимание уделяя травме, считали его нормальной реакцией на неприемлемые для человека условия жизни и существования. /101/

В настоящее время ПТСР считается, что есть нормальная реакция на ненормальную ситуацию и может развиваться у любого индивида, то есть каузальное значение придается травме. /23;58;44;53;60/.

Факторы влияющие на развитии травматического стрессового расстройства

- История индивида, психическое и соматическое состояние, мировоззрение, ценностные и моральные установки до травмы. /102/.
- «События» с социально-психологическими неурядицами: бессонница, недоедание, холод, отсутствие электричества, проблемы с водой и др., что приводит к истощению защитных механизмов личности и создает патологически измененную почву. /15;20;64/.

- Этно-культуральные особенности, традиционные, религиозные установки, ломка которых является особенно значимым для индивида, а также оценка окружающего социума, реакции общества, социальные условия,
- вторичные психо-травмы после завершения «События» особенно влияют на течение и стойкость симптомов ПТСР./16/.

Группы риска

Исходя из этого в наиболее чувствительные, в целевые группы, в группы риска возникновения ПТСР входят:/66;71/

- Дети и подростки, у которых родители были убиты или сироты, а также разведенные, из разрушенных семей, живущие в зоне войны, или беженцы и вынужденно перемещенные.
- Старики, у которых нет семьи, живущие в зоне войны, беженцы или вынужденно перемещенные требующие социальной помощи.
- Женщины, которые испытали первичную травматизацию (изнасилование, пытки), или вторичную травматизацию (убийство детей или мужа, разрушение структуры семьи и резкое ухудшение социально-экономических жизненных условий).
- Мужчины, которые испытали физические и психологические травмы войны, включая нахождение в концентрационных лагерях, пытки или беженцы/вынужденно перемещенные.
- Личности со смешанным этническим происхождением или живущие в смешанных семьях, в смешанном браке, люди подвергшие этнической чистке.

Причины возникновения ПТСР

- Массовые бедствия и катастрофы, такие как война, землетрясение, наводнение и т. д.,
- а также индивидуальные травмы: пытки, которые, как известно всегда вызывают ПТСР, организованное насилие, изнасилование и др. ущемления прав личности .

TSD (Traumatic Stress Disorders) /Травматические Стрессовые Расстройства/

- 1. Использование медикаментов, наркотиков, алкоголя, риск возникновения алкоголизма, наркомании и токсикомании.
- 2. Эксплозивные реакции по малейшему стимулу в похожих на травму или символически напоминающих ситуации, которые после не вспоминаются индивидом, амнезируются.
- 3. Эксплозивные реакции, комбинированные с использованием алкоголя или наркотиков, являясь основанием суицидального и асоциального поведения и криминального насилия с членами семьи или в обществе.

- 4. В других случаях TSR вызывает хроническую инвалидизацию психическими расстройствами.
- 5. Психосоматические симптомы и заболевания.
- 6. Реактивное психотическое поведение
- 7. Трансмиссия /передача/ травматического опыта в поколениях.

Симптомы ПТСР часто сочетаются с такими расстройствами как депрессия, диссоциативные феномены, изменения личности, самодеструктивное поведение, разнообразные неприятные ощущения, возбудимость и гневливость в комбинации с агрессивными фантазиями./99/

Комплексное ПТСР (PTSD)

Комплексное ПТСР и PTSD DESNOES (Выраженные Стрессовые Расстройства, не классифицируемые в других рубриках) Представляют собой концепции, которые были введены для лучшего отображения у перенесших Life Stress Event тех симптомов, которые адекватно не представлены в ICD10 а также в Концепции ПТСР.

Они упоминаются как сопутствующие симптомы в учебнике DSM IV; некоторые из симптомов входят в категорию F 62.0 в ICD 10.

Обе категории похожи, однако отличаются в деталях.

Наиболее распространены симптомы:

1. Чувство Стыда
2. Чувство Вины
3. Тенденции Соматизации
4. Поиск повышенного риска (редко),
5. Поведение которое потенциально вредно для пережившего Пытки или для других,
6. Реакции или «Симптомы» характерные для Общества (Комунны).

Даже в том случае если указанные симптомы не представляют специфические категории ICD 10/DSM IV , они могут встречаться как итоги исследования, в том случае если они отмечаются после Пыток.

Эпидемиология ПТСР

Второй Мировой Войны, изучив влияние возраста на проявление стрессовых реакций, /Archibald H.C., Tudenham R.D. 1960/24/ предположили, что симптомы ПТСР с возрастом становятся более отчетливыми.

Исследование бывших военнопленных спустя 40 лет после окончания войны выявило признаки ПТСР у 67%. Высокий уровень ПТСР выявлен среди беженцев. Напр., изучив интенсивно Индо-Китайских беженцев 322 человек, у 226 из них было обнаружено текущий ПТСР, а с опозданием развилось у 15 человек./Kinril, Frederickson, Rath, Fleck, Karls 1984/. Среди горного населения Лаоса 93% случаев было обнаружено ПТСР, а среди Вьетнамских беженцев-54%. Таким образом, Эпидемиологические данные заметно варьируют от 3% до 93% в зависимости от

множества факторов (характер психо-травмы, возраст, пол, этно-культуральные особенности, социально-культуральные отличия и др.). /69;80/.

Целый ряд авторов считают, что симптомы посттравматических стрессовых расстройств в случае особенно жестоких пыток встречаются практически в 100% случаев.

Наиболее часто проявляющиеся клинические формы психических последствий пыток

Острая реакция на стресс

Ступорозный вариант : «онемение психики» - оцепенение, как психических, так и физических функций, что часто сопровождается крайним истощением и чувством усталости, сопутствующей инсомнией.

Всему выше перечисленному часто сопутствует помутнение сознания и дезориентация, переживания, связанные с деперсонализацией

Возбудимый тип реакции характеризуется эксплозивно-брутальными реакциями, возбуждение носит хаотический характер.

В таких случаях часто отмечаются попытки суицида или суицид, часто наблюдается помутнение сознания, не происходит правильное осознание ситуации, снижен самоконтроль, возможны случаи самоувечья.

ОРС - Ступорозный вариант

- В таких ситуациях жертвы пыток не могут воспринимать ситуацию, недопонимают смысла вопросов и разговора, ограничены действия и функционирование механизма самоконтроля.
- В это время человек механически соглашается на любые предложения, не препятствует никаким действиям, он крайне заторможен, реакции ограничены или отсутствуют.
- Таким состояниям часто предшествует момент сверхпорогового физического или психического раздражения, а также чувство крайней беспомощности и зависимости от ситуации.
- Такие нарушения большей частью отмечаются у женщин, они также широко представлены у подростков, хотя довольно часто встречаются и у мужчин.
- Такое «заторможенное» состояние жертвы часто неправильно воспринимается насильниками, которые объясняют его «молчаливым протестом и реакцией противостояния», что вызывает их еще большее раздражение и жестокость.

ОРС – Возбудимый вариант

- Психологический механизм в это время следующий: невыносимые муки вызывают сверхпороговое раздражение психики, сознательное и подсознательное желание избежать всего этого и влекут за собой попытку прекращения ситуации необдуманном неконтролируемым действием, что влечет за собой суицид или самоувечье.

- часто такое действие полностью осознанно и целенаправленно на прекращение ситуации: жертва пыток предпочитает смерть продолжению мук, так как для него ситуация становится невыносимой с физической и моральной точки зрения. Данная реакция нами описана в основном у мужчин.
- эта реакция также как и ступорозный вариант вызывает усиление жестокости насильников.

Необходимо отметить, что данные реакции представляют собой нормальную реакцию нормального человека на ненормальное, жестокое событие, и в его развитии пыткам должно быть уделено решающее значение.

ОРС Диагностические критерии

Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD – 10), глава F (психиатрия), в частности, F 43 – *Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации. Код данного нарушения 43.0.*

Острая реакция на стресс – клинические проявления

- Это транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у людей без психического расстройства, в ответ на чрезвычайный психологический стресс, которое обычно прекращается в течение нескольких часов или дней.
- Таким стресс фактором может стать тяжелая травмирующая среда, которая угрожает безопасности, жизни, физической целостности человека или его близких (например, природные катастрофы, несчастные случаи, борьба, преступное действие, изнасилование) или необычайно явное и страшное социальное положение/ или изменение окружения, например, потеря нескольких близких людей или пожар в доме.
- Риск развития расстройства возрастает при наличии «физического истощения и существования органических факторов».

Диагностические критерии

- Должна быть определена четкая временная связь между воздействием непривычного стрессора и развитием симптомов. Начало чаще всего не бывает постепенным и развивается через несколько минут. Вместе с тем симптомы:
 - а) Имеют смешанный характер, и их картина изменчива. На начальной стадии вместе с симптомами оглушения проявляются депрессия, беспокойство, злость, чувство беспомощности, гиперреактивность и отчуждение, но ни один из симптомов не превалирует длительное время.
 - б) Быстро истощаются (самое большее они отмечаются в течение нескольких часов) в тех случаях, когда возможно удаление стресс фактора. В тех случаях, когда стресс продлевается, или, исходя из своей сути, не может быть прекращен, симптомы прекращаются постепенно в течение от 24-48 ч до трех дней.

Предусматривает:

- Кризисное состояние;
- Острое кризисное состояние;
- Боевую усталость;
- Психический шок (ICD – 10)

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПТСР

DSM-IV/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/

**/Диагностическое и Статистическое Руководство по Психическим Расстройствам/
Тревожные Расстройства**

- 309. 81. Посттравматическое Стрессовое Расстройство (424)
- Определяется если: Острый/хронический
- Определяется если: С запоздалым началом

Диагностические Критерии PTSD-309.81/DSM-IV/

A. Субъект подвергается стрессу при наличии двух следующих обстоятельств:

- Субъект переживает, свидетельствует, или сталкивается с «Событием»-/Life Stress Event/, или с событиями: смерть, угроза для жизни, серьезное повреждение, оскорбление, угроза физической расправы самого субъекта или других.
- Ответная реакция субъекта включает: интенсивный страх, беспомощность, или ужас.
- Примечание: У детей могут наблюдаться дезорганизованное и ажитированное поведение.

B. Травмирующая ситуация персистентно переживается заново одним или несколькими следующими путями:

- Возвратные и назойливые повторения случившегося, включая: представления, мысли, восприятия.
- Примечание: у детей повторяющие игры могут показывать тему и аспекты травмы.
- Навязчивые удручающие сновидения о травме.
- Примечание: у детей могут наблюдаться неосмысленные ужасные сновидения.
- Поступки или ощущение того, будто субъект заново попал в травмирующую ситуацию /оживленные образы, иллюзии, галлюцинации, эпизоды «Flashbacks», включая те, которые проявляются во время пробуждения или интоксикации/.
- Примечания: дети разыгрывают травмирующее событие.

- Интенсивное психологическое переживание на внутренние или внешние причины, которые напоминают или символизируют травму.
- Интенсивная психологическая реакция на внутренние или внешние раздражители, которые напоминают или символизируют травму.

С. Постоянное избегание стимулов ассоциированных с травмой и онемение к окружающим событиям, которое не имело место до травмы. Это может проявляться следующими тремя /или более/ способами:

- Старание избегать мыслей, чувств, или разговоров, связанных с травмой.
- Старание уклоняться от деятельностей, мест и людей, которые вызывают воспоминания о травме.
- Невозможность воспроизвести важные аспекты травмы.
- Заметное ослабление интересов, или участия в важной деятельности.
- Чувство отчужденности и отгороженности от других.
- Ограничение аффекта /невозможность испытывать любовные чувства/.
- Чувство бесперспективности будущего /думает, что не будет иметь семью, детей, карьеру, или нормальную человеческую жизнь/.

Д. Персистентные симптомы пробуждения/не имеющее место до травмы/, которые выявляются двумя /или более/ проявлениями:

- Затруднение засыпания или нарушение сна.
- Раздражительность или вспышки гнева.
- Затруднение концентрации.
- Сверхбдительность.
- Повышенная пугливость

Е. Продолжительность симптомов критерий В, С, Д должны отмечаться дольше 1-го месяца

Ф. Волнение вызывает клинически значимое состояние или нарушения в социальном и адаптационном плане, или в других важных областях функционирования.

Определяется как:

- Острый: если наличие симптомов меньше 3-ох месяцев.
- Хронический: если течение симптомов дольше 3-ох месяцев.
- Запоздалое развитие: если между проявлениями симптоматики и стрессовым событием прошло не менее 6 месяцев.

ICD – 10: F 43. 1. PTSD /ПТСР/

ICD-10/International Classification of Diseases-10 Revision/ Mental and Behavioral Disorders/

МКБ-10/Международная Классификация Болезней-10-й пересмотр Классификация Психических и Поведенческих Расстройств/

Диагностические Показания

- Расстройство не может диагностироваться если нет доказательства, что оно возникло в течении 6 месяцев, после крайне травмирующего события.
- В том случае если между возникновением расстройства и стрессом прошло более 6-ти месяцев постановка диагноза возможна, если манифестируются типичные, а не альтернативные симптомы /такие как тревожные и обсессивно-компульсивные, депрессивные расстройства/.
- Для распознавания травмы обязательно должны быть повторяющиеся навязчивые воспоминания или разыгрывания случившегося в дневных представлениях и снах;
- Бросающиеся в глаза симптомы эмоциональной тупости, онемение чувств, и бегство от стимулов напоминающих травму часто присутствуют, но недостаточны для постановки диагноза.
- Автономные нарушения- расстройства настроения и поведенческие аномалии подтверждают- диагноз но не являются первой важности.
- Затяжные хронические расстройства, вызванные стрессом, должны классифицироваться в F 62.0.
- Включается: Травматический Невроз.

F 62. 0. ICD – 10

Расстройства Зрелой Личности и Поведения у Взрослых

F 62. Хронические Изменения Личности, не Связанные с Повреждением или Заболеванием мозга.

F 62. 0. Хроническое Изменение Личности После Переживания Катастрофы

F 62. 0. Хроническое Изменение Личности После Переживания Катастрофы

Хроническое изменение личности может развиваться вслед за стрессом катастрофы.

Стресс может быть таким тяжелым, что нет необходимости учитывать индивидуальную уязвимость для объяснения его глубокого воздействия на личность. Примеры включают пребывание в концентрационных лагерях, пытки, стихийные бедствия, длительную подверженность угрожающим жизни обстоятельствам /например положение, заложника-длительный захват в плен с постоянной возможностью быть убитым/.

Однако Этому типу личностного изменения может предшествовать посттравматическое стрессовое расстройство/F43.1/ и тогда он может рассматриваться как хроническо-необратимое продолжение стрессового расстройства

Однако в других случаях хроническое изменение личности, отвечающее ниже приведенным критериям, может развиваться без промежуточной фазы манифестного посттравматического расстройства.

Тем не менее, длительные изменения личности вслед за кратковременной подверженностью угрожающим жизни ситуациям, такие как дорожно-транспортное происшествие, не должны включаться в эту рубрику, поскольку последние исследования указывают, что такой тип развития зависит от предшествующей психологической уязвимости.

Диагностические Указания

F 62.0:

- Изменение личности должно быть хроническим и проявляться ригидными и дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании.
- Как правило, изменение личности должно быть подвержено ключевым информантом.

Для диагноза необходимо установить наличие не наблюдавшихся ранее признаков, таких как:

- а) Враждебное или недоверчивое отношение к миру;
 - б) Социальная отгороженность;
 - в) Ощущения опустошенности и безнадежности;
 - г) Хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существования «на грани»;
 - д) Отчужденность.
- Такое изменение личности должно отмечаться на протяжении минимум 2-х лет и не должно быть объяснимо предшествующим расстройством личности или психическим расстройством, за исключением посттравматического стрессового расстройства/F43.1/.
 - Должно быть исключено наличие повреждения или болезни мозга, которое могло бы обусловить сходные клинические признаки.

Включается:

- Изменение личности после пребывания в концентрационном лагере, пленения с постоянной возможностью быть убитым, длительной подверженности угрожающей жизни ситуации, такой как оказаться жертвой терроризма или пыток.

Исключается:

Посттравматическое Стрессовое Расстройство/F43.1/.

Депрессивные и другие распространенные при пытках расстройства

Необходимо отметить, что в случае пыток, симптомы посттравматического стрессового расстройства часто сопряжены с симптомами других расстройств, таких как фобический синдром, со своими различными формами и проявлениями. Особенно такие фобии ассоциируются с ситуациями пыток, например, развиваются клаустрофобия, страх темноты, страх одиночества и т. д.

Часто у жертв пыток развиваются расстройства тревожно-панического характера. Особенно в таких ситуациях, которые напоминают факты пыток, например при виде полиции, медицинских инструментов и т. д.

Dual Diagnosis – Двухдиагноз

- Совместимость расстройств – наиболее распространено совместимость депрессивного и тревожного компонента расстройств.
- Также распространено частичная совместимость различных симптомов – в особенности ПТСР, Тревожных расстройств, Депрессий и Синдрома перенесенного насилия.
- В некоторых случаях симптомы ПТСР специфически связаны с конкретными случаями Покусов или других актов насилия.
- Отсутствие Расстройств не означает, что пациент не был травмирован и не пережил Покусы.

ICD – 10, F34 Аффективные расстройства настроения

Продолжительные и обычно меняющийся расстройства настроения, когда большинство индивидуальных эпизодов недостаточно остро для диагностирования гипоманиакального или же субдепрессивного эпизодов. Из-за того что оные продолжаются несколько лет или продолжительную часть жизни, связаны с значимыми душевными травмами или с утерей навыков. В некоторых случаях рецидивные или единичные Маниакальные или же Депрессивные эпизоды могут встречаться при продолжительных аффективных расстройствах.

Формы:

F34.1 Дистимия

F34.0 Циклофрения

Депрессивные состояния

Согласно DSM – IV для того, чтобы поставить диагноз глубокой депрессии, необходимо на протяжении двух недель обращать внимание на следующие факторы:

- 1) подавленное состояние;
- 2) значительное снижение интереса, его потеря или почти потеря по отношению к приятным моментам жизни;
- 3) снижение веса или изменение аппетита;
- 4) бессонница или чрезмерный сон;
- 5) психомоторное возбуждение или подавление психомоторной сферы;
- 6) усталость и бессилие;
- 7) чувство бесполезности или чрезмерное или беспочвенное чувство вины;
- 8) снижение способности мыслить и собираться мыслями;
- 9) навязчивые мысли о смерти или самоубийстве.

Депрессивные состояния по МКБ – 10 (ICD – 10)

В зависимости от тяжести депрессивные состояния могут быть легкими, средней тяжести и тяжелыми, без симптомов психоза, хотя иногда также диагностируют тяжелую депрессию с симптомами психоза.

В случае покусов возможно развитие депрессии различной тяжести.

Диагностические критерии, которыми можно руководствоваться, для установления тяжести и типа депрессии предложены в ICD – 10, главе «Аффективные расстройства».

- Легкой форме депрессии соответствует следующий код: F 32.0 - легкие депрессивные эпизоды.
- Депрессии средней тяжести соответствует код F 32.1.
- Тяжелым депрессивным эпизодам без психотических симптомов F 32.2,
- а тяжелым депрессивным эпизодам с психотическими симптомами F 32.2 .

Определение тяжести происходит с применением следующих трёх характерных для депрессии критериев: 1) снижение настроения, 2) замедление психических функции, 3) замедление моторных функции.

В то же время депрессия может протекать с соматическим компонентом, либо без него. Кроме того могут развиваться смешанные депрессивные синдромы - тревожно-депрессивный, с дисфорическим компонентом, а также ажитированная депрессия без компонента моторного торможения, маскированная депрессия с соматоформными и гипохондрическими проявлениями и др.

Необходимо отметить, что депрессия, развившаяся в случае пыток, в большинстве случаев относится к реактивным состояниям, и она по своему регистру может быть либо невротической, либо психотической.

Другие Соответствующие Категории

F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства неуточненные **F22.0 Бредовое расстройство**

Часто обсуждаемые в ранней литературе расстройства развивающиеся после длительного преследования могут быть частью **F 62.0 (Хроническое изменение личности после переживания Катастрофы)**.

Реактивная паранойя

У жертв пыток также может развиваться острая реактивная паранойя, которая характеризуется острыми аффективными переживаниями и бредовым восприятием; Результатом хронической травматизации или хроническим результатом пыток может быть отнесено развитие хронического параноидного синдрома. Кроме этого в случае пыток характерно развитие хронических депрессивных расстройств.

F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства неуточненные

- (А) Острое проявление симптоматики (В течении 2 недель);
- (Б) Присутствие типовых синдромов;
- (В) Присутствие экстремального стрессового явления.

- Проявление Острых Симптомов определяется как переход из нормального состояния в явно ненормальное психотическое за 2 недели или в меньший период. Подтверждено что острота симптоматики коррелирует обратно пропорционально с благоприятностью прогноза, то есть насколько остро выявляется симптоматика, настолько благоприятен прогноз выздоровления, поэтому в случае необходимости (48 часов или в меньшем периоде) рекомендовано выявление внезапно возникающей симптоматики.
- Типовые синдромы означают в первую очередь быстро меняющуюся и неустойчивое состояние определяемое как «Полиморфное» и которые стали

известны как психотические в некоторых странах, и во вторых существование типовых симптомов Шизофренического спектра.

- Сопутствующий экстремальный стресс также может быть определяться пятым знаком (в случае надобности). Сопутствие стресса означает, что психотическая симптоматика возникла до окончания двухнедельного срока после переживания экстремального стресса, который таковым определяется большинством в сообществе где проживает индивид. Подобным типовым явлением признается тяжелые утраты, внезапная потеря партнера / работы, развод, психотравмы причиненные в результате войны, терроризма и Покусы. Пролонгированные жизненные проблемы не должны рассматриваться в данном контексте как источник подобного стресса.

Каузальное значение травмы

- Следует отметить, что при развитии реактивных состояний травма отражается в переживаниях, ей принадлежит решающая роль в развитии расстройств, бредовые идеи, либо другие переживания и высказывания не выходят за рамки травмирующей ситуации.

Эндогенные психозы

Покусы часто способствуют манифестации эндогенного психоза, как например шизофренический психоз или депрессивно-маниакальное состояние, а также обострения этих заболеваний.

Личностные расстройства

Часто оно становится причиной хронических развитий личности или развития личностных расстройств, особенно в тех случаях, когда психическая травма сочетается с органическим повреждением головного мозга.

Оно может стать также причиной травматической эпилепсии, с явной выраженностью психических и неврологических компонентов.

Влияющие факторы

Характер, течение и длительность психических расстройств зависит от тяжести и длительности покусы, а также социальной ситуации, окружающей среды и целого ряда дополнительных стресс факторов, которые чрезвычайная травма вызывает в жизни человека.

Сопутствующие расстройства

Психические расстройства во время покусы часто сопровождаются явлениями лекарственной (наркотической) зависимости или алкоголизма, в развитии которых огромную роль играют навязчивые переживания, желание забыть воспоминания, либо стойкая проблема бессонницы.

Результаты покусы отражаются не только на психической функции, часто в её основе лежит компонент сексуальной дисфункции, что может быть вызвано как физическим, так и психическим воздействием. Оно всегда развивается у жертв сексуального насилия.

Расстройства связанные с приемом пищи

Нервная Анорексия и другие связанные с нарушения приема пищи типические расстройства – в том числе Булимия и тяга к попойкам или пиршествам, как правило развиваются в детском и подростковом возрасте и часто связаны перенесенными травмами.

Они также могут проявляться во взрослом возрасте после 5 Попыток или преследований, однако в большинстве случаев проявляются в атипичных расстройствах приема пищи. Культуральные факторы и Попытки сексуального характера могут быть прямым образом связаны с развитием расстройств приема пищи.

ICD 10

- Нервная Анорексия
- **F 30.0**
- Нервная Булимия
- **F 50.2**
- Потеря аппетита (**R63.0**), Анорексия **NOS (R63.0)**, Атипичная Нервная Анорексия F 50.1, другие расстройства связанные с приемом пищи (**F50.8**), другие психологические расстройства связанные с рвотой (**F 50.2**).

Диссоциативные расстройства

ICD 10

F44: Диссоциативно-конверсивные расстройства

- F44.0 Диссоциативная Амнезия
- F44.1 Фуга
- F44.3 Трансы и состояния одержимости
- F44.4 Диссоциативное расстройство Моторики
- F44.5 Диссоциативное Конвульсии
- F44.6 Диссоциативное анестезия и нарушения чувствительности
- F44.7 Смешанные Диссоциативные Расстройства

Соматоформные Расстройства

ICD 10

- ICD 10 (F 45): «Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований, вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного»
- Переживания по поводу физического здоровья является естественным после Попыток, так как в большинстве случаев имеет место значительное повреждение различных систем организма. Последствия психологически могут быть связаны с выраженным травмированием других людей, а также с перманентными угрозами палачей по поводу нанесения непоправимых повреждений («Вы никогда не сможете ходить»)

- Отдельные телодвижения, рук или ног или прикосновение к местам повреждений могут вызвать возврат к тому времени и ситуации когда личность была травмирована или непосредственно после травмы (сдвиг ситуации в прошлое).

При соматоформных расстройствах наиболее значимыми является не отсутствие соответствующих физических нарушений а часто проявляющиеся несоответствия между физическими нарушениями и степенью выраженности эмоциональных переживаний. Также нужно учитывать характерные культуральные факторы выражения горя. «Соматоформные симптомы» тщательно должны быть исследованы, чтобы они не перекрыли органические и физические последствия, которые могут быть вызваны атипичными методами Пыток.» которые не оставляют видимых следов.

F 45 Соматоформные расстройства:

F 45.0 Соматизированное расстройство:

Существуют множество основных показателей рецидивирующие и часто меняющиеся симптомы продолжительность которых 2 года.

F 45.1 Недифференцированное Соматоформное расстройство:

Соматоформные жалобы множественны, переменны и длительны. Но в то же время полная и типичная картина соматоформного расстройства не обнаруживается.

F 45.2 Ипохондрическое расстройство:

Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания одним или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.

F 45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция (системные Неврозы – Невроз сердца, желудка, психогенный метеоризм и др.)

F 45.4 Хроническое Соматоформное Болевое расстройство

Ведущим является болевой синдром не связанным с органическим физическим расстройством

ICD 10 Тревожное расстройство

- F40.0 Агорафобия
- F40.1 Социальные фобия
- F40.2 Специфические (изолированные) фобии
- F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
- F41.1 Генерализированное Тревожное расстройство
- F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
- F43.2 Расстройства Адаптации – различные проявления этого расстройства могут часто сопровождать связанные с тяжелым стрессом расстройство

**Torture Related Disorders (Расстройства в последствии пыток)
Органиграмма**



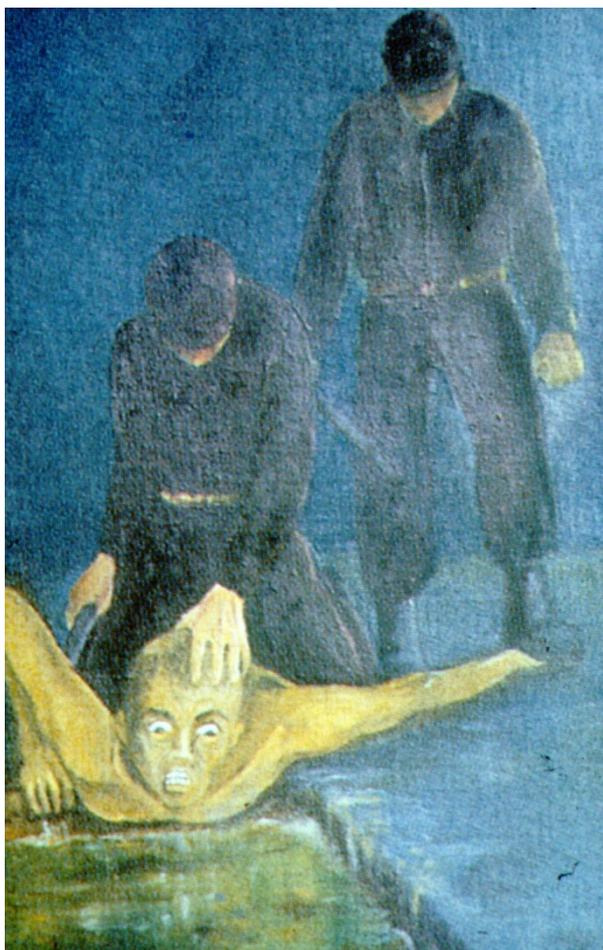
Реакции на экстремальные Жизненные события: ICD 10 *

(Необязательно чтобы все расстройства проявлялись в каждом случае (Tomas Wenzel, WPA, Presentation for IPIP Training – Seminars, 2004))



Возможные факторы повреждения или травмы черепа

- Закрытая травма вызванная применением тупого предмета
- Открытые травмы полученные при избиении
- Продолжительное голодание или недоедание
- Специфические симптомы связанные с удушением или церебральной Аноксией
- Болезненное и продолжительное сотрясение



«Субмарино»

- «Мокрое Субмарино»:

Разновидность: «Окунание в воду»

- «Сухое Субмарино»

Пример: «Пакет Полиэтилена, применение противогаса»



ICD 10 – PCS

- F 07. 2 – История Ч/М травмы, с потерей сознания, предшествующая максимум 4 недели появляющимся симптомам.
- Симптомы:
- Головная боль, Головокружение, Утомляемость
- Раздражительность, депрессивность, тревожность, эмоциональная лабильность,
- Затруднение концентрации внимания, субъективные жалобы на память или когнитивный дефицит без нейропсихологического дефицита или значительных повреждений
- Инсомния,
- Понижение толерантности к алкоголю,
- Иппохондричность

Недоедание и Голодание

Эти проблемы часто игнорируются

- Кратковременное воздействие отрицательно отражается на психические параметры – в том числе память, внимание, активность и настроение, изменения также проявляются в лабораторных исследованиях (Электролиты и другие параметры). Изменения как правило обратимы.
- Продолжительное воздействие может вызвать повреждение Центральной и Периферической Нервной системы.
- Повреждения вызванные обеими факторами могут помешать полноценному и окончательному опросу; может оказаться необходимым лечебное вмешательство.

Проявления Социального характера

Необходимо отметить, что психические проблемы, которые развиваются у жертв пыток, отражаются на его семье и окружении.

С социальной точки зрения развиваются конфликты в семье, трудности общего характера в интерперсональных взаимоотношениях,

- снижение трудоспособности и другие,
- что в комплексе представляет собой совокупность психосоциальных проблем, которые создают угрозу как для самой жертвы пыток,
- так и для нормального функционирования её семьи и общества.
- Исходя из всего выше перечисленного, эта проблема носит не только медицинско-психологический характер, но и социальный, политический и общечеловеческий характер.

Особенности делинквентных подростков

Необходимо отметить, что у подростков проблемы, существующие до тюремного заключения: высокий уровень насилия в семье и на улице, гипоконтроль, недостаток образования и элементарных социальных навыков, высокий уровень токсикомании, потребления наркотиков и алкоголя, совместно с плохим обращением в тюрьме, часто вызывают выраженные личностные изменения, что в большинстве случаев проявляется стабильными расстройствами социального поведения и ослаблением способности к адаптации.

У подростков кроме выше перечисленных синдромов отмечаются некоторые значительные особенности, который нами была определена как феномен _ «ребенок-взрослый».

Он подразумевает конфликт между психофизическими возможностями подростка и объективными требованиями жестокой окружающей среды. Отсутствие системы социальной защиты и дефицит адекватной правовой системы не оставляет несовершеннолетним «преступникам» шанса развития и начала новой жизни после освобождения.

Исследования, проведенные среди заключенных

Общие особенности тюрем:

- ограничение свободы,
- изоляция от членов семьи,
- ограничение выбора и сферы интересов,
- ожидание решение суда во время нахождения в изоляторе предварительного заключения

– являются постоянными факторами, которые усугубляют напряженность личности и вызывают ослабление компенсаторных механизмов.

«Специфические негативные факторы постсоветских тюрем»,

- лагерная система,
- переполненность тюрем,
- криминальная среда,
- недостаток реализации возможностей личности,
- оперативно-агентная система и нечеловеческое отношение к заключенным,
- часто неквалифицированная медицинская помощь и грубое нарушение медицинской этики, становится еще более глубокими травмирующими факторами.
- Эти факторы оказывают негативное влияние на адаптационные способности личности и,

- совместно с пытками, нечеловеческим и унижающим человеческое достоинство обращением и наказаниями, в большинстве случаев, вызывает
- хронические изменения личности,
- что чаще всего проявляется изоляцией личности, психологической аутизации, недоверием и крайне враждебным отношением ко всему окружающему.
- Все выше указанное часто становится причиной развития стойкого феномена «иконы врага», что в свою очередь становится причиной осложнения реабилитации в тюрьмах.

Другие Диагностические категории применимые в случаях пыток по МКБ – 10:

- *X Глава: Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения*
- *Обращение в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования*
- mkbКОДDescription
- Z65.1 Тюремное заключение и другое вынужденное лишение свободы
- Z65.2 Проблемы, связанные с освобождением из тюрьмы
- Z65.3 Проблемы, связанные с другими юридическими обстоятельствами
- Z65.4 Жертва преступления и терроризма
- Z65.5 Жертва стихийного бедствия, военных и других враждебных действий
- X 85 _ Y 09. Главы: Внешние причины заболеваемости и смертностью
- Глава S 06 - 91: Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причину

References:

1. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М. Щукин Б.П.//Военно-Медицинский Журнал. 1990. с.73-76
2. Александровский Ю.А.//Актуальные Вопросы Психиатрии. Юбилейный Сборник Трудов. Тбилиси. 1995. с.77.
3. Бенегати Р.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля 1993. с63-66
4. Брызгунов И.П., Михайлов А. Н., Берковская М.Н.//НИИ Педиатрии РАМН.ГБЦ"Сострадание".
5. Демонова Д.П., Щукин Б.П.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля. 1993. с.72-74.
6. Зурабашвили З., Джишкарини М., Грдзелишвили Ц.//Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии им. В.М. Бехтерева. 1996. 2. с.61-64.
7. Каменченко П.В.//Жур. Невропатологии и Психиатрии. 3. 1993. с.95-99.
8. Ковалев В.В., Асанова Н.К.//Жур. Невропатологии и Психиатрии.3. 1993. с.60-64.
9. Краснянский А.Н.//Синапс 3. 1993. с.15-34.
10. Медико-Психологическая Помощь Пострадавшим при Стихийных Бедствиях и Катастрофах.// МИН.ЗДРАВ. Р.Ф. Г.Н.Ц. Социальной и Судебной Психиатрии. Москва. 1997.
11. Подходы к Борьбе со Стрессами на Коммунальном(общинном) Уровне.//ВОЗ. Копенгаген. 1993.
12. Положий Б.С.//Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии им. Бехтерева.1996. 2. с.136-143.
13. Програма Медико-Психологической Реабилитации Женщин-жертв военного конфликта в Абхазии.//UMCOR/Georgia/U.S.A. 1995.
14. Жильбер-Дрейфус//Функциональная недостаточность у бывших депортированных. Международная Конференция в Москве. 25-28 июня 1957.
15. Жислин С.Г.//Очерки Клинической Психиатрии М. 1965.
16. Франкл В.//Человек в Поисках Смысла. Москва. 1990. с.130-157.
17. Фрейд З.//Избранное. т.1. По ту сторону принципа наслаждения. пер.с нем. Лондон.1969.с.23-76.
18. Фишез Л.//Причины массовой смертности, поражающей наши ряды. Международная Конференция в Москве. 25-28 июня 1957.
19. Читава О. Джишкарини М.//Актуальные Вопросы Психиатрии. Юбилейный Сборник Трудов. Тбилиси 1995. с.74.

20. Ясперс К.//Собрание Сочинений по Психопатологии. С-ПБ. 1996.т2.с126-138.
21. Якобсен Лоне и Кнуд Смит – Нилсен // Переживший Пытку, Травма и Реабилитация.// Международный Совет по Ребилитации Жертв Пыток, Киев 1998.
22. Хофф Э.//Массовая Миграция и Здоровье Населения. Москва. 27-28 апреля. 1993. с. 67-71.
23. Atkinson R.M., Henderson R.G., Sparr L.F., Deale S.//Amer. J. Psychiat. 1982. v.139. 9. p.931-943.
24. Andersen N.C.//PTSD in Comprehensive Text Book of Psychiatry, 3rd ed, v2. Edited by Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J. Baltimore, Williams, Wjkins. 1980. p. 1517-1525.
25. Archibald H.C., Tuddenham R.D.//Arch. Gen. Psychiatry. v.12. p.475-481. 1965.
26. Acherman N.W.//In Canging Concepts of Psychoanalytic Medicine. Ed. by Rado S., Daniels G. New York. Grune and Stratton. 1956.
27. Baykal Turkan, MD, MSC; Shlar Caroline, Clinical Psychologist; Kapkin Emre, MD, Psychiatrist Psychotherapist, International Training Manual on Psychological Evidance of Torture, Training Material, Tbilisi, 2004.
28. Burgess A.W., Holmstrom L.L.//Ibid. 1974.v.131.9.p.981-986.
29. Burgess A.W., Watson I.P., Hoffman L., Wilson G. V.//Brit. J. Psychiat. 1988.v.152.p.164-173.
30. Burstein A.//Psychosomatics. 1984. v. 25.p.683-687.
31. Burstein A.//J. Clin. Psychiat. 1985.v.46.9.p374-378.
32. Bleich A., Siegel A., Garb R., Yerez B.//Brit. J. Psychiat. 1986.v149.p365-369.
33. Breslau N., Davis G.C., Andresk P., Peterson E.//Arch. Gen. Psychiatry. 1991. 48.p.216-222.
34. Barrois C.//Les neuroses traumatiques. Dunod, Bordas edit. Paris. 1988.
35. Crocq M., Macher J., Duval F.//Biol. Psychiat. 1990.v.27.p54.
36. Card J.J.//J. Clin. Psychol. 1987.43..p.6-17.
37. Coleman J.C., Butcher J.N., Carson R.C.//Abnormal Psychology and Modern Life,6th Ed. GlenviewJ.L. Scott, Foresman and Company, p. 171-183. 1980.
38. Davidson J., Swartz M., Storck M., Krishnan R.R., Hammett E.//Amer. J. Psychiat. 1985.v.142.p.90-93.
39. Davidson J., Nemeroff C.B.//Psychopharmacology Bulletin. 25.p422-425. 1989.
40. Davidson J., Hughes D., Blazer D., George L.K.//Psychol. Med. v.21.p.1-9. 1991.
41. DSM-III-R; //American Psychiatric Association. Washington.1987. p.247-251.
42. DSM-IV//American Psychiatric Association. Washington. 1993. p.424-429.
43. Everly G.S.//Stress in Adults: Educational and clinical issues. Paper Presented to the Federal
44. Interagency Panel for Research and Development on Adulthood. Washington, DC, May 28.1980.

45. Emery V.O., Emery P.E., Shama D.K., Quiana N.A., Jassani A.K.//J. Traumatic Stress.1991.4.p.325-343
46. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry 1999; V. 60 (Suppl 16).
47. Edna B. Foa, David S. Riggs, Brief Recovery Program (BRP) For Trauma Survivors University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, September, 2001
48. Figley C.F.//Stress Disorders Among Vietnam Veterans. New York. 1978.
49. Figley C.R.//Helping Traumatized Families. San Francisco, Jossey-Bass. 1989.
50. Friedman M.J.//Psychosomatics. 1981.v.22. 11. p.931-943.
51. Freud S.//Moses and Monotheism.-Complete Psychological Works.v.23. London 1964.
52. Freud S.//Psychoanalysis and War Neurosis. Complete Works. v.17. London.Hogarth Press. 1955.
53. Friedman M.J.//Amer. J. Psychiat. v.145. 280-285.1988.
54. Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.//Amer.J. Dis. Child. 1988. v. 142. p.1244-1247.
55. Fenichel O.//La theorie psychoanalytique der nevroses. Paris. Presses de l'Universite de France. Chapter 21. 1953.
56. Ferenczi S., Abraham K., Simmel E., et al.//Psychoanalysis and the War Neurosis. London/New York. International Psychoanalytical Press. 1921.
57. Grinker R.R., Spiegel J.P.//Men Under Stress. Philadelphia Bloksiton. 149, 389. 1945.
58. Green B.L., Wilson J.P., Lindy J.D.//Conceptualizing PTSD. a psychosocial framework in Trauma and Its wake. The Study and Treatment of PTSD. Edited by Figley C.R. New York, Brunner/Mazel. 1985. p.53-69.
59. Green B.L.,Lindy J.D.//J.Nerv. Ment. Dis. 1985. v.173. 7.p.406-411.
60. Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment//United Nations, New – York and Geneva, 2001.
61. Horowitz M.J.//Arch. Gen. Psychiat. 1974. v.31.p.768-781.
62. Horowitz M.J., Schaefer C., Hiroto D.//Psychosom. Med. 1977. v.39. p.413-431.
63. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N.//Arch. Gen. Psychiat. 1980. v.37. p85-92.
64. Horowitz M.J.//Stress Response Syndromes,2nd. Ed. New York, Jason Aronson. 1986.
65. Hendin H., Pollinger A., Singer P.//Amer. J. Psychiat. 1981. v.138. 11. p.1490-1493.
66. Herman J.L.//Trauma and Recovery. New York. Basic Books. 1992.
67. Honigman D.//Neurosis of Military Men after Campaign. The La Ncet. 1907. 22.
68. Helzer J.E., Robins L.W., McEvoy L.//Engl. J. Med. 1987. v.317. p.1630-1634.
69. ICD-10. Mental and Behavioural Disorders.//WHO. Geneva. 1992. p.30. 147-149. 206-207.

70. Jishkariani M., Kenchadze V., Beria Z.//X World Congress of Psychiatry. Madrid. August 23-28.1996. v.2.p.100.
71. Jordan B.K., Schlenger W.E., Hough R.L., Kulka R.A., Weiss D.S., Fairbank J.A., Marmar C.R.// Arch. Gen. Psychiat. v.48. p.207-215. 1991.
72. Jensen Soren Buus. MD, Ph, D. WHO Senior Advisor on Mental Health//WHO Office of the Special Representative for Humanitarian Assistance//Seminar on Trauma, Stress and Mental Health. Tbilisi. 6-9 May 1996.
73. Kolb L.C.//Milit. Med. v.149.p237-243. 1984.
74. Kolb L.C.//Amer. J. Psychiat. 1987. v.144. 8. p.821-824.
75. Krasniansky A.W. et al.//Cros-Cultural Assessment of Life Stress Events: etiology and onset of Traumatic Stress Disorder. University of Kentucky Press, 1991.
76. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank L.A.,Hough R.L., Jordan B.K., Marmar C.R., Weiss D.S.// Report of Findings from the National Vietnam Veterans. Readjustment Study. New York, Brunner/ Mazel. 1990.
77. Kos A.M.//Seminar on Trauma, Stress and Mental Health. Tbilisi. 6-9 May. 1996.
78. Lindemann E.//Amer. J. Psychiat. 1944. v. 101. p.41-148.
79. Leopold R.L., Dillon H.//Ibid. 1963. v.119. p.913-921.
80. Lifton R.J.//Death in Life: Survivors of Hiroshima. New York. 1967.
81. Lifton R.J.//New York. Simon and Schuster. 1973.
82. Lifton R.J., Olson E.//Amer. J. Psychiat. 1976.v.39.p.1-18.
83. Mental Health of Refugees.//Geneva. WHO. 1996.
84. McFarlane A.C.//Med. J. Australia. v.141. p.286-291. 1984.
85. McFarlane A.C.//Br. J. Psychiat. 1989. v.154.p.221-228.
86. Marsella A.J., Matthew J., Friedman M.J.//Ethno-cultural Aspects of PTSD.
87. Meichenbaum P., Novaco R.//In: C. Spielberger., L. Sarogon (Eds) Stress and Anxiety. v.5. New York: Wiley, 1978.
88. Miller T., Buchbinder J.T.//Paper presented at the American Association of Advancement of Behaviour Therapy. New York. 1980.
89. Miller T.//Eastern Psychological Association 52nd Annual Meeting. New York City, April 22-25. 1981.
90. Miller T.W.//Stressful Life Events. New York. 1989.
91. Niderland W.G.//Massive Psychic Trauma. New York. 1964.
92. Niderland W.G.//Amer. J. Psychiat. v.139. 12. p.1646-1647.

93. Parson E.R.//Veterans Administration Northeast Regional Medical Education Center. Northport, NewYork. August 2-4. 1983.
94. Parson E.R.//Ed by Schwartz H.J. New York. S.P. Medical and Scientific Buuks. p.153-220. 1984.
95. Paige S.R., Reid G.M., Allen M.G., Newton J.E.//Biol. Psychiat. v.27.p.419-430. 1990.
96. 90.Pitman R.K., Orr S.P., Lownhagen M.N., Macklin M.L., Alman A.//Compr. Psychiat. v.32.p.1-7. 1991.
97. Psychological First Aid-and other Human Support//Danish Red Cross. 1993.
98. Reist., Kauffmann C.D., Haier R.J.,Sangdhl C//Amer. J. Psychiat. v.146.p.513-516. 1989.
99. Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L., Kramer T.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.180.p.424-430. 1992.
100. Shore J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M.//Amer. J. Psychiat. v.143.p.590-595. 1986.
101. Shore J.H., Vollmer W.M., Tatum E.L.//J. Nerv. Ment. Dis. v.177.p.681-685. 1989.
102. Southwick S.M., Morgan A., Nagy L.M., Bremner D., Nicholaou A.L., Johnson D.K., Rosenhech R., Charney D.S.//Amer. J. Psychiat. v.150.p.1524-1538. 1993.
103. Targowla.//Press Med. v.58. 40. p.728. 1950.
104. Williams T.A.//Observation and Recommendations for the Psychological Treatment of the Veteran and His Family. Ed. by William T., Cinnainnoti, Disabled American Veterans. p.37-47. 1980.
105. Williams Tom. Psy. D., Editor: A Handbook for Clinicians. Chapter two. James Newman. p.19-33.
106. Walker J.I., Nach J.L.//Int. J. Group Psychother. v.31. p.379-389. 1981.
107. Wenzel T, Grienge H, Stone T, Mrzai S, Kieffer W // Psychological Disorders in Survivors of Torture: Exhaustion, Impairment and Depression//Psychopathology 33 (6): 292 – 296, 2000.
108. Wenzel T, Grienge H, Stone T, Mrzai S, Kieffer W // Psychological Disorders in Survivors of Torture: Exhaustion, Impairment and Depression//Psychopathology 33 (6): 292 – 296, 2000.
109. Wenzel Thomas, WPA, 2004, Special Presentations Prepared for the Training on Istanbul Protocol.
110. Yehuda R., Kesnick H., Kahana B., Giller E.L.//Psychosom. Med. v.55.p.287-297. 1993.
111. Yehuda R., Ph.D., McFarlane A.C., M.B.B.S., M.D., Dip Psychother.F.R.A.W.Z.P.//Amer. J. Psychiat. v.152. 12. p.1705-1713. 1995.
112. Zadi L.Y., Foy D.W.//J. Traumatic Stress. 7. 1994.
113. Thomas Wenzel, MD, PhD WPA Section “Sequels to Torture and Persecution” Used Special Material, Prepared for IP training 2004 (IRCT).

ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ О ПСИХИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЫТОК; ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Prepared on Russian for the Caucasian Training – Seminar, held in Tbilisi, 23
– 25 of September 2010.

Dr. Mariam Jishkariani

Medical Director; The Rehabilitation Centre for Victims of Torture “EMPATHY (RCT/EMPATHY, Georgia);

Member of the NPM Georgia

Board Member of the WPA Section “Torture Psychological Consequences and Persecution”;

Member of the Penal Reform International;

Address: 23 kandelaki Str., Tbilisi 0160, Georgia.

E – mail: centre@empathy.ge

www.empathy.ge

В плане документирования пыток решающее значение имеет психологическая /психиатрическая экспертиза и медицинское обследование с учетом следующих факторов:

- **физические пытки оставляют не только неизгладимый физический след в жизни человека, но и не менее тяжелые, зачастую далеко идущие психические последствия;**
- **в случае применения таких методов пыток, которые не оставляют физических следов, очень важную роль в их документировании играет подтверждение и диагностирование психических/психологических последствий применения пыток;**
- **психологические методы пыток человека применяются не менее часто, чем физические методы, и это является еще одним весомым аргументом необходимости проведения психологической/психиатрической экспертизы;**
- **следует также отметить, что психиатрические/психологические последствия пыток могут проявиться и в более поздний период времени, спустя годы, в отличие от физических следов пыток, которые через несколько лет, возможно, уже нельзя будет обнаружить;**
- **И, наконец, в любом случае пытка включает в себя психологический/психический компонент.**

Как уже описывалось ранее, психические и психологические последствия пыток могут быть весьма многообразны, что является основанием для использования различных методов диагностики.

Первичный медицинский опрос (интервью)

Во время первичного опроса и последующего психологического обследования жертвы пыток могут возникнуть следующие препятствующие факторами:

- *Недоверие, вызванное реакцией страха, что во многих случаях становится причиной сохранения молчания со стороны жертвы пыток;*
- *Отождествление медицинского опроса с ситуацией допроса, что порождает агрессию и недоверия со стороны жертвы пыток, вызывает негативные эмоциональные реакции, ассоциированные с пытками;*
- *Наличие психиатрической стигмы;*
- *Чувство стыда, особенно в случае пыток сексуального характера; в данном случае в контексте оценки травмы необходимо учитывать этнокультурные особенности жертвы;*
- *Реакция «встречного» переноса аффекта (контр-трансфер).*
- *Опасность ретравматизации*

Во время опроса жертвы пыток очень важно соблюдать нижеприведенные принципы, чтобы, по мере возможности, создать для жертвы пыток безопасную среду и завоевать ее доверие:

- Неукоснительное соблюдение принципа конфиденциальности;
- По просьбе опрашиваемого - соблюдение принципа анонимности;
- Профессиональная независимость и беспристрастность;
- Информированное (Осознанное) согласие.

Главной целью при проведении первоначального опроса является установление доверительного контакта с опрашиваемым лицом. Для этого жертве пыток необходимо подробно объяснить план обследования, его методы, виды услуг и возможные последствия. Главный момент при обследовании жертвы пыток, особенно при проведении первоначального опроса - это создание, по мере возможности, безопасной среды. Для этого необходимо, чтобы опрос или медицинское обследование проводилось конфиденциально, за пределами видимости и слышимости, в отсутствие посторонних лиц и представителей любых правоохранительных структур. Создание безопасной среды в стране, где имеет место практика применения пыток, связано с определенными трудностями. Безусловно, создать полностью безопасную среду в полицейском изоляторе, в котором проводились пытки, очень сложно. Поэтому, при проведении медицинского обследования врач должен потребовать соблюдения полной конфиденциальности, а в случае несогласия заключенного или, убедившись в результате оценки ситуации в отсутствие для него гарантий безопасности, он обязан воздержаться от любых комментариев, и заявить следственным органам, что они получают письменное заключение только после официального обращения, которое будет выслано им позднее в случае согласия заключенного.

Медицинское обследование и экспертиза должны проводиться в медицинском учреждении, где пациент будет чувствовать себя более или менее безопасно. Хотя в условиях тоталитарного режима в странах, где существует практика применения пыток, их жертвы всегда будут чувствовать себя незащищенными.

Следует также учитывать, что для получения подробной информации о пытках одного визита может быть недостаточно; при этом надо принимать во внимание вид примененных пыток, а также этнокультурные особенности. Так, например, в случае изнасилования жертва часто не желает говорить на эту тему, а тем более делать это достоянием гласности, более того они требуют скрыть данный факт даже от членов

семьи. По этой причине терапевт, находящийся в непосредственном контакте с жертвой пыток, должен обладать терпением и способностью слушать, чтобы дать пациенту возможность полностью раскрыться и в тоже время не травмировать его повторно.

Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что в случае проведения медико-психологической экспертизы жертвы пыток следует поставить вопрос о реабилитации пациента. Для дополнительного положительного стимулирования и оказания помощи пациенту необходимо, чтобы экспертное заключение содержало рекомендации, а пациент был информирован о том, где он может получить необходимую помощь. Одновременно ему следует объяснить, что экспертное заключение или данное медико-психологическое заключение поможет ему в документировании доказательств применения пыток, а также при судебном рассмотрении дела.

Лже - негативные и Лже- позитивные показатели при интервьюирования

- **Лженегативные:**

- Причины:

Множество, в их числе чувство стыда, чувство вины, неадекватная диагностика, недостаточное внимание к больному, раздражительность, боязнь культуральных репрессий, позора и стигма, прямое воздействие Физических и Психологических симптомов.

- Последствия:

Стигма, Ретравматизация, Культуральный Шок, игнорирование необходимости лечения, утяжеление симптомов, смертельный исход

- **Лжепозитивные**

- Причины

Ошибки в диагностике и недопонимание, симуляция или агравация

- Последствия

Потеря доверия пациента или эксперта для дальнейших исследований

Результаты данного обсуждения

- Конфиденциальность должна быть соблюдена
- Последствия, симптомы и данные должны быть разъяснены пациенту на доступном ему уровне и в адекватной форме
- При необходимости надо провести лечение
- Нужно принимать участие в текущем или в будущих курсах лечения и реабилитации.

Длительное влияние на «Помощниках»

Как описывалась выше травма влияет не только на пережившего, но и на членов семьи и ближайшее окружение. Как последствия различных психических дисфункций нарушаются межличностные отношения, возможности социального адаптивования, которые вызывают частые конфликты в семье или на работе. Так как травма в большинстве случаев содержит социальный компонент, члены семьи и ближайшие окружающие лица могут играть значительную роль как помощники в лечении и в реабилитации. Таким образом важное значение придается семейной Реабилитации.

Диагностирование

Крайне важно провести точное диагностирование жертвы пыток. Это имеет существенное значение как для составления и осуществления плана правильного лечения и реабилитации, так и для экспертизы и судебного разбирательства. Как уже неоднократно отмечалось выше, последствия пыток отличаются большим разнообразием и включают в себя как физические, так и психические компоненты. Исходя из вышесказанного, экспертиза, также как и медицинская диагностика, должна проводиться Многопрофильной (Мультидисциплинарной) Командой специалистов, в которую должны входить: врач общего профиля (терапевт), психиатр, невролог, травматолог, психолог, а с учетом анализа клинических симптомов - и другие специалисты отдельных областей: кардиолог, стоматолог, отоларинголог, гинеколог и др.

При проведении судебной медицинской экспертизы к составу этой группы подключаются и судебные эксперты. Соответственно, параклинические обследования также отличаются многопрофильностью, и план подобных обследований, по инициативе управляющего случаем, составляет совместно команда специалистов различного профиля.

Таким образом, диагностика включает:

- Первичное интервьюирование (опрос);
- Клиническое обследование, которое как уже говорилось, проводит многопрофильная команда специалистов. Оно включает, как внешний осмотр пациента, так и его клинический осмотр, проводимый различными специалистами; в соответствии с комментариями пациента, следует отдельно обследовать местонахождение ранее полученных телесных повреждений и вызвавшие их причины, и те телесные повреждения, которые со слов пациента являются следствием примененных пыток; помимо консультаций терапевта и других специалистов клиническое обследование должно включать установление психического и неврологического состояния пациента;
- В описание психического состояния необходимо внести и результаты психологического обследования;
- При психологическом обследовании могут быть использованы разнообразные субъективные и объективные вопросники; с этой целью часто применяются различные вопросники оценки симптомов посттравматических стрессовых расстройств, а также шкалы депрессии и тревожности, тесты на агрессивность или изучение личностного профиля; важно использовать и проекционные тесты, например, тест «руки» для детей; для выявления резидуальных и клинически сложно выявляемых последствий черепных травм часто применяются нейропсихологические тесты;

- Сбор полного медицинского анамнеза, как за предыдущий период, так и в связи с фактом применения пыток, и за последующий после пыток период;
- Анамнез должен содержать сведения обо всех перенесенных до пыток заболеваниях, а также заболеваниях и повреждениях, развившихся в результате применения пыток; (психические травмы или расстройства, употребления наркотических средств или алкоголя и т.д. до и после пыток, описание характерологических особенностей до и после пыток, описание социального статуса, характера взаимоотношений в семье и в обществе до и после пыток.
- История применения пыток, по мере возможности, должна содержать детальную информацию о том где, кем, когда и какими методами были применены пытки к данному человеку; при описании истории пыток необходимо привести собственные фразы жертвы;
- Лабораторные и инструментальные исследования, такие как: энцефалография головного мозга, особенно в случае припадочных состояний; компьютерная томография в тех случаях, когда пациент заявляет, что имели место удары по голове с потерей сознания; рентгенологические исследования; эхосканирование различных органов; кардиография и другие кардиографические специфические исследования; гинекологическое обследование целесообразно в случае изнасилования и иных повреждений половых органов.

Документация

Для получения доказательств применения пыток и устранения их последствий важную роль играет полное и правильное составление и подготовка медицинской документации.

Особое значение имеют данные первичного медицинского осмотра жертвы пыток. Поэтому заключению тех врачей, которые в первую очередь имеют контакт с группой риска пыток, отводится особая роль. К этой категории врачей, прежде всего, относятся тюремные врачи, которые первыми вступают в контакт с поступившими из полиции заключенными.

Согласно рекомендации КПП, каждый заключенный при поступлении в тюрьму и в дальнейшем, при каждом его перемещении должен быть осмотрен врачом и подвергнут первичному медицинскому обследованию. В соответствии с рекомендациями такое обследование должно проводиться строго конфиденциально, за пределами видимости и слышимости посторонних лиц, за исключением случаев, когда наблюдение проводится по требованию врача. Надо также отметить, что в качестве руководящих принципов проведения медицинского обследования могут быть использованы принципы «Стамбульского протокола», являющиеся руководствующими принципами экспертизы жертв пыток.

Что должно включать первичное медицинское заключение?

- В заключении указывается, кем и где проведено первичное медицинское обследование;
- По мере возможности описывается комната, освещение и прочие существенные детали места проведения обследования;
- Обязательно указание лиц, присутствовавших при обследовании;

- В заключении должно быть зафиксировано, имело ли место какое-либо давление или ограничение при проведении первичного медицинского обследования;
- Заключение должно содержать клинические данные о физическом и психическом состоянии;
- Подробно описывается каждое телесное повреждение, обнаруженное в результате внешнего осмотра тела, их цвет, формы, данные пальпации, болезненность и т.д.;
- При клиническом обследовании также детально описывается состояние внутренних органов;
- Описание психического состояния;
- Описание неврологического состояния;
- В обязательном порядке фиксируются жалобы пациента на здоровье, подробные комментарии в связи с каждым видимым или невидимым телесным повреждением;
- Необходимо представить медицинское заключение с указанием предварительного или синдромного диагноза, и
- Соответствующими рекомендациями: консультация каких специалистов необходима; какого рода исследования и какая первая и последующая помощь целесообразна;
- Подобное заключение должно содержать также специальные рекомендации, например, относительно повышенного внимания при проявлении суицидальных тенденций;
- Заключение должно содержать сведения о первой помощи, если таковая была оказана обследуемому лицу;
- С заключением должно быть ознакомлено само обследуемое лицо или его представитель, и зафиксированы их комментарии;
- Заключение в обязательном порядке подписывается врачом, проводящим обследование, с указанием даты и времени его проведения;
- При необходимости тюремный врач должен иметь возможность пригласить врача-консультанта другой специальности, и потребовать проведения срочного обследования, или проведения стационарного лечения обследуемого лица, или оказания ему иной неотложной помощи;
- С согласия обследуемого лица проводится медицинская экспертиза с учетом законодательства страны;
- С согласия обследуемого лица следует сфотографировать каждое телесное повреждение и сделать аудиозапись опроса на диктофон;

- В случае медико-психологического обследования описать, по какой методике проводилось обследование, и на каком основании был поставлен соответствующий диагноз (например, указание диагностической классификации, указание научной литературы и т.д.).

Здесь же надо отметить, что для проведения медицинской экспертизы специально предназначены принципы «Стамбульского протокола», согласно которым схема стандартного обследования выглядит следующим образом:

ПРИЛОЖЕНИЕ IV

Руководящие принципы проведения медицинской экспертизы в отношении пыток и жестокого обращения

Нижеследующие руководящие принципы основаны на *Руководстве по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол)*. Эти принципы не являются незыблемыми предписаниями, и их следует применять исходя из цели экспертизы, после проведения оценки имеющихся возможностей. Экспертиза физических и психологических доказательств пыток и жестокого обращения может проводиться одним или несколькими врачами, в зависимости от их квалификации.

I. Информация по обследуемому случаю

Дата обследования: _____ Проведена по запросу (фамилия/должность): _____
 История болезни/отчет № _____ Продолжительность обследования: _____ час _____ мин
 Имя обследуемого: _____ Дата рождения: _____ Место рождения: _____
 Фамилия обследуемого: _____ Пол: муж/жен
 Причина проведения обследования: _____
 Идентификационный номер (ИН) обследуемого: _____

Фамилия врача: _____ При участии переводчика (да/нет) фамилия: _____
 Согласие на основе предоставленной информации получено (да/нет): _____
 Если не получено, по какой причине? _____
 Обследуемого сопровождает (фамилия/должность): _____
 Лица, присутствующие при экспертизе (фамилия/должность): _____
 При обследовании опрашиваемый имобилизировался: да/нет, если «да», то каким образом/по какой причине? _____
 Медицинское заключение отправлено (фамилия/должность/ИН): _____
 Дата отправки: _____ Время отправки: _____

Медицинская экспертиза/обследование поведены без ограничений (в отношении обследуемых, содержащихся по стражей): да/нет _____
 Подробно опишите любые ограничения: _____

II. Квалификация врача (для показаний в суде)

Медицинское образование и клиническая подготовка
 Психологическая/Психиатрическая подготовка
 Опыт документирования доказательств пыток и жестокого обращения
 Специальные знания и опыт в области защиты прав человека в регионе, имеющие отношения к данному расследованию
 Имеющие отношение к обследованию публикации, выступления и курсы профессиональной подготовки

III. Заявление о достоверности показания (для показаний в суде)

Например: «Мне лично известны факты, изложенные ниже, за исключением тех, которые излагаются в предположении правильности информации, которые я считаю достоверной. Я готов засвидетельствовать вышесказанное, исходя из того, что мне лично известно и что я считаю достоверным».

IV. Исходная информация

Общие данные (возраст, род занятий, образование, состав семьи и т. д.)

Предшествующий медицинский анамнез.

Обзор предыдущих медицинских экспертиз в отношении пыток и жестокого обращения.

Психосоциальный анамнез до ареста.

V. Заявление о пытках и жестоком обращении

1. Краткое описание задержания и жестокого обращения
2. Обстоятельства ареста и заключения под стражу
3. Первоначальное и последующие места содержания под стражей (даты, условия транспортирования и содержания)
4. Рассказ в произвольной форме о жестоком обращении или пытках (в каждом месте содержания под стражей)
5. Обзор методов пыток

VI. Физические симптомы и нарушения трудоспособности

Опишите развитие острых и хронических симптомов и нарушений трудоспособности и последующие процессы выздоровления.

1. Острые симптомы и нарушения трудоспособности
2. Хронические симптомы и нарушения трудоспособности

VII. Обследование физического состояния

1. Общий внешний вид
2. Кожный покров
3. Лицо и голова
4. Глаза, уши, нос и горло
5. Ротовая полость и зубы
6. Грудная клетка и живот (включая показатели жизненно важных функций)
7. Мочеполовая система
8. Костно-мышечная система
9. Центральная и периферическая нервные системы

VIII. Психологический анамнез/обследование

1. Методы оценки
2. Жалобы психологического плана при обследовании
3. Анамнез после пыток
4. Анамнез до пыток
5. Предшествующий психологический/психиатрический анамнез
6. Анамнез употребления алкоголя и наркотиков и злоупотребления ими
7. Результаты обследования психического состояния
8. Оценка социального функционирования
9. Психологическое тестирование (*показания и ограничения см. главу VI, раздел С.1*)
10. Нейропсихологическое тестирование (*показания и ограничения см. главу VI, раздел С.4*)

IX. Фотографии

X. Результаты диагностических исследований (показания и ограничения см. в Приложении II)

XI. Консультации

XII. Интерпретация данных обследования

1. Физикальные данные

- а) Установите степень соответствия анамнеза острых и хронических физических симптомов и нарушений трудоспособности заявлениям о жестоком обращении.
- б) Установите степень соответствия данных физикального обследования заявлениям о жестоком обращении (Примечание: отсутствие физикальных данных не исключает возможность того, что пытка или жестокое обращение применялись).
- в) Установите степень соответствия результатов обследования пациента сведениям о применяющихся в конкретном регионе методах пыток и их обычных последствиях.

2. Психологические данные

- а) Установите степень соответствия данных психологического обследования сообщению о якобы имевших место пытках.
- б) Дайте оценку того, являются ли полученные психологические данные ожидавшейся или типичной реакцией на экстремальный стресс в контексте культурной и социальной среды обследуемого лица.
- в) Укажите фактическое состояние обследуемого по отношению к динамике психического расстройства, связанного с травмой, т.е. как момент обследования соотносится по времени с моментом пыток и на каком этапе выздоровления находится обследуемый.
- г) Установите параллельно существующие факторы стресса, воздействующие на обследуемого (например, продолжающееся преследование, насильственная

миграция, высылка, потеря семьи и утрата социальной роли и т.п.), а также влияние, которое они могут оказывать на состояние обследуемого.

д) Укажите аспекты физического состояния, которые могут отражаться на клинической картине, особенно связанные с возможными данными о травме головы, полученной при пытках или во время содержания по стражей.

XIII. Выводы и рекомендации

1. Дайте заключение относительно соответствия между всеми перечисленными выше источниками данных (физикальные и психологические данные, исходная информация, фотографии, результаты диагностических исследований, знание методов пыток, применяемых в данном регионе. отчеты о консультациях и т.д.).
2. Подтвердите симптомы и нарушения трудоспособности, сохраняющиеся у обследуемого в результате предполагаемого жестокого обращения.
3. Включите рекомендации относительно проведения дальнейшей экспертизы и лечения обследуемого.

XIV. Заявление о правдивости показаний (для показаний в суде)

Например: «Зная об ответственности за лжесвидетельство в соответствии с законами _____ (страна), я заявляю, что вышеизложенное является правдивым и точным и что настоящие показания под присягой были даны _____ (дата) в _____ (город) _____ (штат или область)».

XV. Заявление об ограничениях при проведении медицинской экспертизы/обследования (в отношении лиц, содержащихся под стражей)

Например: «Нижеподписавшиеся врачи удостоверяют, что они имели возможность действовать свободно и независимо, говорить с (обследуемым) и осматривать его/ее при закрытых дверях без каких-либо ограничений и условий и без какого-либо принуждения в любой форме со стороны должностных лиц учреждения содержания»; или «Нижеподписавшийся врач (врачи) вынужден(ы) был(и) проводить экспертизу при следующих ограничениях: _____».

XVI. Подпись врача, дата, место

XVII. Соответствующие приложения

Копия послужного списка врача, анатомические иллюстрации для документирования пыток жестокого обращения, фотографии, результаты консультаций и диагностических исследований и т.д.

(Стамбульский протокол, 2001 г.)

Дополнительную информацию можно получить в УПРАВЛЕНИИ ВЕРХОВНОГО КОМИССАРА ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА. Дворец наций, 1211 Женева 10, Швейцария.

Тел: (+41-22) 917 90 00

Факс: (+41-22) 917 02 12

E-mail: webadmin@unog.ch

Интернет: www.unhchr.ch

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Как указывалось выше, последствия пыток носят полиморфный и многообразный характер, и включают в себя как психические/психологические, так и соматические компоненты. Исходя из этого, как диагностика, так и лечение и реабилитация, должны основываться на многопрофильном, мультидисциплинарно-командном подходе. При этом решающую роль будет играть комплексное лечение и реабилитация жертвы пыток.

Определяющим фактором проведения разно профильной реабилитации является управление (менеджмент) каждым отдельным случаем. Правильный менеджмент имеет решающее значение для обще-эффективного и финансово-эффективного (cost-effective) лечения и реабилитации. Менеджмент случая подразумевает планирование и осуществление многопрофильной группой специалистов мероприятий, ориентированных на нужды отдельных клиентов.

Управление случаем представляет собой процесс или метод, благодаря которому обеспечивается координированное, эффективное и рациональное предоставление клиенту необходимых услуг.

Управление случаем осуществляется на основании *системного подхода* путем предоставления интегрированных (взаимосвязанных) услуг, ориентированных на нужды клиента. Системные операции характеризуются:

- 1) входными данными (input);
- 2) пропускной способностью - коэффициентом использования (throughput);
- 3) выходными данными и/или продуктом (output);
- 4) обратной связью (feed back).

Условно можно выделить следующие основные факторы управления случаем как системой:

- **Оценка** - оценка нужд, потребностей и индивидуальных ресурсов клиента;
- **Планирование** - разработка полноценного, комплексного плана обслуживания клиента;
- **Предоставление (услуг)** - оказание предусмотренных планом услуг;
- **Мониторинг** - мониторинг и оценка оказанных услуг;
- **Эвалюация** - оценка эффективности обслуживания

При реабилитации жертв пыток применяется подход, ориентированный на конкретного клиента (клиент - центрированный подход). С экзистенциальной точки зрения наиболее предпочтительным является индивидуальный подход в каждом конкретном случае, а также составление индивидуального плана лечения и реабилитации.

После проведения многопрофильной диагностики, план реабилитации, с учетом результатов групповых консультаций, составляет группа специалистов, участвующих в управлении случаем. В составлении плана реабилитации принимает участие и сам клиент. Необходимо получить его согласие на проведение соответствующих мероприятий.

Последствия пыток отражаются не только на конкретной личности, но и на медико-психологических и социальных проблемах всей семьи. Необходимо (разумеется, с их согласия) вовлечь в процесс реабилитации всех членов семьи.

Реабилитация подразумевает следующие комплексные мероприятия (которые, учитывая нужды клиента, не ограничиваются):

- **медицинские услуги, включающие различные медицинские манипуляции и медикаментозное лечение;** виды медицинских услуг и медикаментозного лечения определяются патологией или группой патологий, выявленных в каждом отдельном случае; последствием пыток часто бывают костно-суставные патологии, неврологические, стоматологические, гинекологические патологии, а также патологии со стороны мочеполовой, сердечно-сосудистой, пищеварительной системы; часто такие патологии взаимосвязаны, и при составлении плана лечения и реабилитации требуется совместная работа конкретных специалистов различных областей медицины;
- **важными и часто используемыми при реабилитации методами являются физиотерапия и массаж,** которые наиболее актуальны в случае костно-суставных и неврологических патологий;
- **психическая/психологическая реабилитация и лечение.**

В случае клинического выявления различных травматических стрессов важную роль играет **фармакологическая терапия.** По мнению ряда авторов (F. Weil et al.), во избежание хронификации посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), после получения психотравмы необходимо проведение немедленного лечения.

В настоящее время для лечения ПТСР приоритет отдается препаратом группы SSRI антидепрессанты. Так же применяются следующие антидепрессанты: Нефазодон и Венлафаксин. Детально новые подходы лечения ПТСР описаны в “Expert Consensus Guideline Series” Treatment of Posttraumatic Stress Disorder; J. Clinical Psychiatry, 1999. V 60; Supplement 16.

Самым эффективным средством (особенно, при высокой степени возбуждения) считаются препараты бензодиазипина, такие как: хлордиазепоксид (либриум), диазепам (валениум), флуразепам (далман) и оксазепам (серакс). Эти препараты считаются наименее токсичными и не вызывают медикаментозную зависимость (Swonger A., Constantine L., Bassuck E., Shchoonover S., Shader R.). Некоторые авторы считают целесообразным применение бета-адреноблокаторов (пропранол, индерал, анаприлин), особенно в тех случаях, когда возбуждение и психофизиологические стрессовые расстройства проявляются в первую очередь периферической автономной симптоматикой (Kolb, Burrissetal). При лечении ПТСР успешно применяются трициклические антидепрессанты, особенно для снятия депрессивных и возбуждающих компонентов (Амитриптилин, Мелипрамин). По мнению большинства исследователей трициклические антидепрессанты эффективны для снятия повышенной возбудимости, навязчивых воспоминаний и кошмаров, диссоциативных эпизодов. Средняя доза препаратов - 140 мг в день, а средняя продолжительность лечения - от 8 недель до 6 месяцев. По другим данным преимущество отдается антидепрессантам группы мао-ингибиторов, а именно, фенелзину. Дозировка препарата колеблется от 45 мг до 75 мг.

Для снятия сильного возбуждения применяются препараты группы фенотиазина: хлорпромазин (аминазин, торазин) и тиоридазин (мелерил) в малых дозах. Wolf et al. придают большое значение карбамазипину- антиконвульсанту.

Основным методом лечения ПТСР является психотерапия, при этом используются различные методы индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

В целях профилактики острых состояний и во избежание хронизации ПТСР необходимо соблюдать три классических принципа (Coleman, Butcher, Carson, Kentsmith).

Эти принципы - неотложность, приближение и надежда.

Неотложность подразумевает раннюю диагностику и лечение на ранней стадии. **Приближение** включает проведение терапии вблизи зон военных действий и массовых

катастроф и, наконец, надежда подразумевает «ободряющее, стимулирующее воздействие на пострадавшего, вселяющее в него веру в будущее».

Для лечения послевоенных реакций R. Gringer предложил применять при индивидуальной психотерапии пентотал натрия, который способствует раскрытию личности, обуславливает быстрое достижение эмоциональной разрядки и катарсиса.

В экстремальных ситуациях в виде индивидуальной и групповой психотерапии успешно применяется метод ориентированного на травму нейролингвистического программирования, а также гипнотерапия, состояние легкого транса и внушение. Широкое распространение нашел метод Mitchel, подразумевающий создание гомогенных групп взаимной поддержки из числа травмированных лиц, с целью их эмоциональной разрядки. На данном этапе нужно установить с пострадавшими абсолютно доверительные отношения для достижения эмоциональной разгрузки и диссоциации от стресса, что очень важно для снятия симптомов «повторных переживаний» и профилактики хронизации ПТСР. Кроме того, на этом этапе требуется социальная поддержка и помощь.

При хроническом протекании ПТСР вид индивидуальной психотерапии в основном зависит от ориентации психотерапевта. Широко применяется методы бихевиористической (поведенческой) и когнитивной терапия, такие методы как систематическая десенсибилизация и торможение мышления в отношении рекуррентных травмирующих воспоминаний (Miller T. 1981).

По мнению некоторых авторов, главным фактором при ПТСР является интрапсихический, внутренний конфликт, возникший в результате травмирующих событий, что часто вызывает разрушение системы ценностей и ощущение жизненного кризиса.

В связи с этим авторы считают необходимым, чтобы пострадавший осознал суть и генезис своей проблемы. На основании этого подхода разработан терапевтический подход (Meichenbaum, Novaco, Everly, Girdano et al.), состоящий из 6 ступеней:

1. Коррекция наиболее широко распространенного представления о стрессовых реакциях.
2. Информирование пациента о стрессовых реакциях и их природе.
3. Фокусирование внимания на особой роли стресса в развитии расстройств.
4. Подведение пациента к самостоятельному распознаванию проявлений стрессовых реакций и их симптомов.
5. Развитие в пациенте способности самоанализа с целью идентификации значительных для него стрессоров.
6. Объяснение клиницистом пациенту той важной роли, которую он играет в терапии стрессов.

Как известно, один из важнейших компонентов хронических форм ПТСР - это нарушение адаптации, снижение способности правильно оценивать действительность, а также нарушение межличностных отношений, в ряде случаев неконтролируемая агрессивность и гнев, отчужденность, эмоциональная отстраненность. Для коррекции этих нарушений необходимо применять **групповую психотерапию, ориентированную на восстановление межличностных отношений**. Метод групповой психотерапии на сегодняшний день считается ведущим методом лечения ПТСР (William, Brende, Walker, Nash).

Еще в начале 70-х годов в научной литературе появились отдельные рекомендации о создании однородных групп для проведения групповой психотерапии (Archibald, Lomg, Miller), однако до войны во Вьетнаме этот метод не находил широкого применения. В 70-е годы Lifton, работая с ветеранами вьетнамской войны, сформировал **«группы взаимопонимания»**. Проанализировав их деятельность, он пришел к выводу, что в группе быстро возникает взаимное доверие и коммуникабельность, в результате чего происходит слияние понятий «то, что чувствую я» и «то, что чувствуем мы». Однако при этом четко вырисовывается враждебный настрой по отношению к тем, кто не имеет идентичного травматического опыта, вследствие чего налицо тенденция замкнутости в группе. С учетом этого факта **Parson разработал трехфазную модель групповой психотерапии**

ПТСР. В первой фазе создаются «группы взаимопонимания» только из пациентов, имеющих одинаковые нарушения и находящихся в идентичном состоянии (ветераны, беженцы, жертвы насилия и т.д.).

Во второй фазе к группе подключаются не менее двух новых членов с неидентичным травматическим опытом и несколько отличными проблемами. **Образовавшаяся группа называется «психотерапевтической группой».** Введение в группу новых членов обуславливает эмоциональный взрыв среди пациентов, наиболее дезориентированных своим травмированным «я», вследствие чего начинается раздражающее поведение членов группы: «Мы чувствуем ослабление понятия, раздражение и гнев от столкновения с действительностью». Под руководством терапевта члены группы учатся управлять своими эмоциями и анализировать переживания. **После этого начинается третья фаза, т.е. «группа психоаналитической ориентации».**

По мнению Lindy, Green, Grace, для лечения соматизации и психосоматических симптомов необходимо **«использовать ориентированный на личность фокусный психоанализ».** Фокусный психоанализ включает три фазы: **«фазу раскрытия»**, которая подразумевает установление доверительных отношений между пациентом и терапевтом и обретение веры в отношении врача, ознакомление терапевта с теми подробностями травмы, которые играют определяющую роль и имеют существенное значение, а также испытание пациентом чувства разрядки, облегчения.

Во второй, **«промежуточной»** фазе терапевт помогает пациенту идентифицировать и выделить контуры специфической конфигурации травматического явления: «какие узловые детали происшедшего события вспоминаются вами время от времени, а какие постоянно, упорно».

И в последней, **третьей фазе сформировавшаяся пара работает над осознанием травмы и собственной личностной** организации пациента, и разработкой разумной жизненной позиции, применимой в будущем.

Среди беженцев, появившихся в результате войны в Югославии, успешно применяется «терапия реальностью», которую разработал Glasser. Этот метод сосредотачивает внимание на поведении человека в текущий момент времени и эффективности его поведения для достижения желаемой цели. Акцент делается на «выборе». Согласно Glasser, наши поступки, особенно виды нашей деятельности и наши мысли, носят выборочный характер. Эта модель может быть использована как при индивидуальной, так и при групповой психотерапии, и включает несколько этапов.

В ходе первого этапа внимание концентрируется на объединении группы, создании в группе атмосферы взаимного доверия и дружественных отношений. Второй этап предусматривает изучение пациентом собственного внутреннего мира. На третьей стадии акцент делается на поведении личности в целом. На четвертой стадии психотерапевт помогает пациенту спланировать и разработать эффективные формы его дальнейшего поведения.

Особое значение среди лиц, страдающих ПТСР, имеет семейная психотерапия, т.к. очень часто вследствие травмы происходит изменение отношений между членами семьи; характерно также взаимное индуцирование переживаний среди членов семьи, в результате чего в первую очередь страдают дети. Семейная психотерапия предусматривает психотерапевтическую работу со всей семьей как с группой. Психотерапевт помогает членам семьи проявить новые возможности функционирования, направленные на улучшение взаимоотношений внутри семьи. Важно, чтобы все члены семьи получили эмоциональную разгрузку. Такая терапия направлена как на внутрисемейные отношения, так и на отношения семьи с посторонними людьми, внешним миром.

Часто ПТСР вызывают нарушение отношений между супругами (парами), вызванное характером полученной травмы. Учитывая это, в ходе лечения особое

внимание уделяется терапии обоих супругов, что выражается в отведении нетравмированному супругу(е) роли помощника. Однако, после выздоровления пострадавшего супруга, возможно возникновение чувства фрустрации и депрессии в связи с утратой роли помощника, и в связи с этим психотерапевт оказывает помощь супружеской паре в поиске новых ролей, разработке и осуществлении новых планов.

При психотерапии семьи и супружеских пар часто применяется метод «терапии ролями».

Нельзя не отметить метод экзистенциального анализа в лечение травматических стрессов, к которому успешно прибегал Victor Frankl даже в концентрационных лагерях. Этот метод особенно эффективен, поскольку во время травматических стрессов проявляется депрессивная симптоматика, имеет место крушение мировоззрения, а во многих случаях - суицидальные тенденции. Метод экзистенциального анализа основан на трех основных системах ценностей:

1. творческие ценности; 2. ценности переживаний; 3. ценности отношений; он помогает найти смысл жизни и реализовать системы этих ценностей. Следует также отметить, что для снятия навязчивых воспоминаний Victor Frankl успешно использовал метод парадоксальной интенции логотерапии.

Важно заметить, что на сегодняшний день не существует единого подхода в вопросах лечения ПТСР или какого-либо специфического способа лечения, в связи с чем лечение ПТСР носит симптоматический характер. При выборе методов психотерапии и тактики лечения необходимо учитывать индивидуальные особенности данной личности, ее мировоззрение, систему ценностей, уровень развития, этнокультурные и социально-культурные характеристики, возраст, пол и характер психотравмы.

➤ **В психологической реабилитации важная роль отводится арт-терапии** - это важно по двум направлениям: дает важное представление о внутренних, скрытых конфликтах и тенденциях данной личности, а также личностном представлении психотравмы, и в то же время дает возможность представить в динамике, как развивается реабилитация в целом, что уже достигнуто, а что требует внимания. Одновременно метод арт-терапии крайне важен для эмоциональной разрядки после перенесенного стресса; он играет решающую роль в процессе снятия навязчивых воспоминаний и переживаний.

➤ **Социальная реабилитация и поддержка окружающей среды, юридические консультации**

Вопросы реабилитации жертв пыток включают разнообразные комплексные мероприятия, среди которых одно из главных мест занимает социальная реабилитация, что в первую очередь подразумевает социальную поддержку пострадавших. Социальная поддержка включает следующие компоненты:

1. Организация групп самопомощи среди пострадавших с выявлением неформального лидера. Главная задача таких групп - создание атмосферы сочувствия и поддержки, эмоционального настроения взаимной доброжелательности, что очень важно для эмоциональной разрядки и выхода из создавшегося сложного положения - планирования будущего при правильной оценке существующей действительности. 2. Организация материальной помощи для самых нуждающихся людей. 3. Организация занятости и распределения функций. 4. Организация информационной службы и установление отношений с различными организациями и структурами с целью ознакомления пострадавших со своими правами, свободами и обязанностями, а также местными и международными законодательными актами, что является одним из важнейших условий защиты личности. 5. Помощь в вопросах реабилитации детей и подростков по таким специфическим проблемам, вызванным травматическим стрессом, как: снижение

концентрации внимания, отставание в учебе, проблемы межличностных отношений. Необходимо разработать специальные программы, нацеленные на формирование воспитательно-образовательных групп и групп развития способностей, разработку культурно-спортивных, лечебно-профилактических или оздоровительных мероприятий.

Исходя из специфики ситуации применения пыток, необходима организация социальной поддержки в окружающей среде, чтобы по мере возможности обеспечить безопасность жертвы пыток и членов его семьи. Под этим понимается деятельность, облегчающая отношения жертвы пыток с отдельными государственными органами, в том числе с представителями силовых структур.

Обязательным компонентом реабилитации является юридическое консультирование жертвы пыток, помощь во время судебного разбирательства; важнейшую медико-юридическую составляющую этой помощи представляет подготовка и выдача жертве пыток медицинского заключения; передача этого заключения судебным органам или прокуратуре, а также адвокату жертвы пыток.

Таким образом, для реабилитации жертвы пыток требуется комплексный подход, который подразумевает координированное и активное вовлечение в дело реабилитации организаций здравоохранения и социального обеспечения, системы образования, местных и международных правозащитных и законодательных институтов, правительственных и неправительственных международных и местных структур.

Для эффективного осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий требуется организация службы квалифицированной помощи.

Главным звеном создания такой службы является формирование групп оказания экстремальной помощи, формируемых из следующих специалистов: врачи общего профиля, психиатры, психологи, медсестры, социальные работники. Они будут оказывать неотложную помощь людям, пострадавшим в кризисных ситуациях (например, в тюрьмах). Главной задачей таких групп является правильное диагностирование, оказание неотложной помощи и последующее распределение пострадавших с учетом клинико-динамических проявлений.

Следующим звеном является разработка специальных программ осуществления квалифицированной медицинской и психосоциальной реабилитации, включающих оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи и проведение лечения.

Для осуществления таких программ необходима подготовка специалистов, т.к. во время пыток часто имеет место совмещение физических и психических травм, психосоматические нарушения, поэтому необходимо, чтобы специалисты различных профилей получили определенную подготовку в связи с травматическими стрессами и вызванными ими расстройствами.

Во многих случаях, исходя из полиморфного характера последствий пыток, бывает необходимо вовлечь в реабилитационные мероприятия добровольцев для оказания неспецифической помощи. Для этого их следует ознакомить с травматическими стрессами и вызванными ими физическими и психическими проблемами.

Учитывая необходимость комплексного подхода, важно, чтобы специалисты информировали связанные с пострадавшими организации и структуры, которыми могут быть педагоги, воспитатели, представители средств массовой информации, представители общественности и официальных структур и др., чтобы выработать правильный подход к проблемам пострадавших, направленный на снижение остроты текущей стрессовой ситуации.

Важная роль в реабилитации жертв пыток отводится разработке превентивных мероприятий, поскольку акцентирование внимания на превенцию пыток и формирование

в стране соответствующего климата поможет создать безопасную среду для жертв пыток и добиться справедливой оценки, что является важным компонентом для реабилитации жертв пыток.

Важную роль в превенции пыток может сыграть ратификация Факультативного Протокола к Конвенции ООН Против Пыток ... и Создание Независимого Совета по Мониторингу Пыток

Для превенции пыток важную роль могут сыграть тюремные врачи а так – же суд – мед эксперты, которые в случае согласия пациента, могут предоставлять отдельные доклады с описанием отдельных случаев пыток лал местным, так и международным институтам; А так – же они могут предоставлять общие статистические доклады о пытках., включающие статистические данные о месте и методах пыток, статистику повреждении, физических и психических, описание общего характера ситуации в тюрьмах и его влияния на психическое здоровье заключенных и т.д.

Мультидисциплинарная (Многопрофильная) Команда, необходимая для осуществления реабилитации:

- врач общего профиля (терапевт);
- врач-психиатр;
- невролог;
- травматолог;
- психотерапевт;
- арт-терапевт;
- психолог;
- социальный работник;
- физиотерапевт.
- фельдшер (квалифицированная мед – сестра);
- различные консультанты (гинеколог, нарколог. кардиолог, дермато-венеролог, отоларинголог, офтальмолог, хирург, пульмонолог и другие по мере необходимости);
- юрист;

Для работы с детьми в процесс реабилитации должны быть включены:

- детский психиатр;
- детский психотерапевт и психолог;
- педиатр.
- педагоги разного профиля

References:

1. Arcel Libbi Tata, Folnegovic-Smalc Vera; Editors: Dragica Kozaric – Kovacic, Marusic Ana: Psycho – Social Help to War Victims: Refugee Women and Their Families; IRCT 1995.
2. Baykal Turkan, MD, MSC; Shlar Caroline, Clinical Psychologist; Kapkin Emre, MD, Psychiatrist Psychotherapist, International Training Manual on Psychological Evidence of Torture, Training Material, Tbilisi, 2004.
3. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An Inventory for measuring Depression. Archives of General Psychiatry 4, 561-571.
4. Breslau N., Glenn C. Davis, & Andreski Patricia (1995): Risk Factors for PTSD – Related Traumatic Events: A Prospective Analysis; Am J Psychiatry, 152: 529 – 535.
5. Engdahl B., Dikel T.N., Eberly R., Blank A., Jr., (1998): Comorbidity and Course of Psychiatric Disorders in a Community Sample of Former Prisoners of War: Am J psychiatry 155: 1740 – 1745.
6. Foa E.B., Riggs D.S., & Gershuny B.S. (1995): Arousal, Numbing, and Intrusion: Symptom Structure of PTSD Following Assault; Am J psychiatry, 152: 116 – 120.
7. Frankl V. (1997): The Doctor and the Soul; Sankt – Petersburg.(Translated by Boreev A.)
8. Gerrity E., Keane T.M. & Tuma F., (2001) The Mental Health Consequences of Torture; New York, Kluwer Academic/Plenum.
9. 11) Gordon H., Meux C. (2000): Forensic Psychiatry in Russia: Past, present and Future; psychiatric Bulletin 24: 121 – 123.
10. Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment//United Nations, New – Yourk and Geneva, 2001.
11. Hamilton M. (1960); A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 23: 359 – 375.
12. Jacobsen L., Smidt – Nielsen K. (1996); Torturoverlever – Traume og rehabilitering; (IRCT, Copenhagen; Trans. from Danish by Kiamova N. Kiev, 1997)
13. Jishkariani M. (2000): Features of Mental Health Problems among Women Prisoners. Some Approaches to Psycho-Rehabilitation. The Actual Problems of Psychiatry, Collection, Tbilisi. 126-134:
14. Jishkariani M. Kenchadze V. Beria Z. (2002): Traumatic Stress among Women Prisoners – Torture Victims. XII World Congress of Psychiatry, Yokohama, V2, 270 (Abstract)
15. Jishkariani M. Kenchadze V. Beria Z. (2003): Peculiarities of Torture – Related Stress Disorders among Women Prisoners in Georgia. VIII European Conference on Traumatic Stress, Berlin, 249 (Abstract)
16. Jishkariani M. Berulava G. Bokuchava T: Country Related Specifics: Menatl/Psychological Consequences of Torture, International Training “Istanbul Protocol” Materials, Tbilisi, November 11 – 15, 2004.
17. Mollica RF, et al: Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross – cultural instrument for measuring Torture and Post Traumatic Stress Disorder in Indochina Refugees (1992): J Neru Ment Dis, 180 (2): 11 – 116.
18. Reed J. (2003); Mental Health Care in Prisons; B J psychiatry 182: 287 – 288.

19. Silver S.M. & Salamone – Genovese L. (1991) : A Study of MMPI Clinical and Research Scales for Post – Traumatic Stress Disorder Diagnostic Utility; J of Traumatic Stress, Vol. 4, No. 4: 533 – 548.
20. Silove D., Sinnerbrink I., Field A. et al (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum – seekers: association with pre – migration trauma and post – migration stressors; B J Psychiatry 170: 351 – 357.
21. Taylor, J.A. (1953): A personality scale of manifest anxiety. J Abn. Soc. Psychol., 48, 285 – 290.
22. United Nations (2001): Istanbul Protocol. New York and Geneva.
23. Watson CG. (1991): Appendix: PTSD interview (PTSD – I) DSM – III version. J Clin Psychology; 47: 186 – 188.
24. Wenzel T, Grienge H, Stone T, Mrzai S, Kieffer W // Psychological Disorders in Survivors of Torture: Exhaustion, Impairment and Depression//Psychopathology 33 (6): 292 – 296, 2000.
25. Wenzel T.//Istanbul Protocol Training Materials, 2004 (IRCT)
26. WHO Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. 10th edition (ICD – 10)
27. Expert Consensus Guideline Posttraumatic Stress Disorder, J. Clinical Psychiatry, 1999, V 60, Supplement 16.

Случай с практики RCT/EMPATHY, Georgia

N.B. Часть I предоставлена для ролевой игры. Случай реалистичен, взят из практической работы Центра «Эмпатия», в нем все даты, имена и места изменены

Фамилия и Имя Обследуемого: ХУ, возраст: 29 лет, пол – Мужской; в настоящее время находится в приемной тюремной больницы, куда был доставлен из тюремного изолятора № X. Постоянное место жительства город X, улица X.

Часть Первая

*(Для первичного интервьюирования)
и подготовки заключения первичного
Медицинского Осмотра)*

Описание случая

«30 Мая 2004 года приблизительно к девяти часам утра я был арестован вблизи моего дома (я из дома шел по моим делам). Меня внезапно буквально подняли в воздух и, хотя я не сопротивлялся, меня сильно ударили по голове и я потерял сознание, их, по-моему, было около 30 человек. Я очнулся в какой-то комнате, меня обливали холодной водой, и я был раздет по пояс. Когда я спросил, где я нахожусь, мне сообщили, что я нахожусь в полицейском управлении, по-моему, я находился на 11 этаже. Сперва меня обвиняли в незаконном ношении оружия, которое я якобы нашел в кустах; потом же заявили, что я приобрел оружие у незнакомого мне лица, хотя у меня никакого оружия не было, о каком оружии шла речь я не знаю и в глаза не видел. К обвинение опять изменили и меня обвинили в попытке совершения преднамеренного убийства. Мне не позволили позвонить ни жене, ни адвокату, ни хотя бы какому-то близкому. В течении целого дня меня безбожно били и пытали, я несколько раз терял сознание, хотя сейчас я не припоминаю всех деталей события, но помню точно вместо меня показания писал следователь ХУ, и от меня требовали подписать эти показания. Я помню, что этот следователь и еще двое принимали непосредственное участие в пытках, я и сейчас хорошо помню их лица. Меня били по голове четырехугольным железным замком» (при этом он показывает рукой область соединения теменной и затылочной костей). «Потом меня присоединили к электрическому току. электроды наложили сначала на ноги, в области голеностопного суставов, потом присоединили к рукам, в области лучезапястного сустава. После чего у меня случился припадок и я потерял сознание, когда очнулся – увидел доктора. Который говорил – сделайте ему реланиум, чтоб не умер. Врач начал со мной разговаривать, но его выгнали, сказали что «Это не его дело». мне многократно угрожали, что арестуют мою жену и наш полуторагодовалый ребенок останется беспризорным и его сдадут в детский дом. Ночью меня тайком перевели в подвальное помещение в камеру, где я находился один, валялся на бетонном полу, в темноте. Дверь в камере была приоткрыта и за мной время от времени наблюдали и до меня доносились разговоры, что стражники наблюдали за мной чтоб я не покончил собой. На протяжении трех дней меня по ночам выводили и избивали, в основном били по голове. У меня не было на туловище не было

живого места, которое не болело, хотя в первый день пыток я находился в таком состоянии, что даже не чувствовал боли. На следующий день они привели «своего» (казенного) адвоката, который тоже принимал участие в пытках – избивая орал на меня, чтоб я подписал якобы мною написанное признание. Он бил меня по лицу замороженной бутылкой Кока-Колы» (Обследуемый показывает на лицо, в особенности область правой скуловой кости) «Это место долго болело и сейчас побаливает тоже. К концу третьего дня я подписал, то что они написали – у меня не было сил сопротивляться дальше. К вечеру состоялся суд для определения меры пресечения, я еле стоял на ногах, но судья не назначил Медицинскую Экспертизу, а я побоялся заявить, что меня сильно били и пытали, меня приговорили к трехмесячному предварительному заключению. Ночью, примерно в три часа меня перевели в тюремный изолятор № X меня полицейские буквально несли на руках, я не мог самостоятельно передвигаться. У меня был сильный страх, что все вновь повторится и меня еще и еще будут пытаться, и я недопонимал о чем меня спрашивали и что происходило вокруг. Я всех воспринимал, как врагов, в том числе и тюремного доктора, который вышел со мной поговорить. Он спросил – били или нет меня в полиции, хотя и так было очевидно в каком состоянии я находился. Я даже не хотел отвечать, единственное что мне хотелось – это побыстрее попасть в камеру, чтобы меня не беспокоили. Я ему ответил, что не били и мне дали подписать какой-то документ. В комнате кроме врача находились и полицейские, и какие-то лица из тюремной администрации. При таких условиях, для меня было небезопасно рассказывать пережитое. В тюремном изоляторе я находился около месяца и я написал заявление в прокуратуру и передал его начальнику тюрьмы. В нем я детально описал пережитое и просил сменить следователя, мою просьбу не удовлетворили, также не удовлетворили просьбу моего адвоката (которого наняла моя жена) о проведении медицинской экспертизы. На протяжении этого месяца со мной часто случались припадки, Я практически ночью не спал, а когда засыпал мне снились кошмары, с моментами тех событий, когда меня пытали. Просыпаясь в холодном поту мне казалось, что меня опять пытаются и я нахожусь в полицейском управлении. Эти кошмарные воспоминания непроизвольно посещали меня на протяжении целых дней. Меня охватывало чувство страха, сильное беспокойство и постоянное напряжение. Я стал раздражительным и бдительным, вздрагивал при каждом шагу, который слышался за дверью, и даже когда приносили пищу, при открытии дверей меня охватывал сильный страх, немели руки и ноги, и я обливался холодным потом. Особенно невыносимыми были встречи со следователем, который принимал участие в моих пытках, и который по-прежнему вел мое дело. При каждой встрече он вновь и вновь угрожал мне, и заявлял что он сделает так, что я никогда не выйду из тюрьмы. Он не давал разрешение встречаться с ребенком и с женой. Этот следователь был как Воланд из «Мастера и Маргариты» он всюду преследовал меня, даже в мыслях, мне казалось, что он определяет мою судьбу и я никак не могу отделаться от него. Меня охватывало чувство беспомощности, бессилия, неопределенности и незащищенности; от безысходности я часто думал о самоубийстве, в такие моменты со мной часто случались припадки, во время которых я падал на пол без сознания. А очнувшись не помнил как все происходило и мой сокамерник, потом мне рассказывал что со мной происходило – оказывается в такие моменты врач колол мне какие-то лекарства и приходил в сознание. Меня страшно мучили и мучают сильные, практически не прекращающиеся головные боли. Мне также давали какие-то успокоительные таблетки, но я не знал моего диагноза и что со мной происходило. Моя жена и адвокат обратились к Членам Независимого Совета по Мониторингу тюрем и в Центр Реабилитации Жертв Пыток. После

освидетельствования работающими там врачами и усилиями предпринятыми советом, я был переведен в тюремную больницу, в приемной которой я сейчас и нахожусь»

Дополнительные медицинские данные необходимые для первичного медицинского освидетельствования

Фамилия и Имя Обследуемого: XY, возраст: 29 лет, пол – Мужской; в настоящее время находится в приемной тюремной больницы, куда был доставлен из тюремного изолятора № X. Постоянное местожительства город X, улица X.

Рост: 180 см. вес: 68 кг. Давление: 130/80 mm.Hg. Пульс: 78, кожа и видимые слизистые оболочки бледного цвета, без видимых повреждений. Пальпаторно и аускультативно внутренние органы в норме. При пальпации прощупывается нарост на правой скуловой кости. *При неврологическом осмотре:* обнаруживается двусторонний установочный нистагм, при выполнении координационных проб обнаруживается тремор, проба Ромберга – положительна.

Основываясь на интервью и на дополнительных данных просим вас подготовить заключение первичного Медицинского Осмотра с рекомендациями.

Часть Вторая

(Суммарные Данные для подготовки Медицинского или же Экспертного заключения)

Анкетные Данные: Фамилия и Имя Обследуемого: XY, возраст: 29 лет, пол – Мужской; в настоящее время находится в приемной тюремной больницы, куда был доставлен из тюремного изолятора № X. Постоянное местожительства город X, улица X.

Краткое описание Случая: Со слов обследуемого он был арестован, 30 Мая 2004 года, утром около 9 часов около станции Метро вблизи его дома, при аресте ему был нанесен удар по голове и он потерял сознание. Его перевезли в полицейское управление, где он подвергался физическому и психологическому воздействию в течении трех дней. Удары наносились по голове дубинками, четырехугольным железным замком, били по лицу замороженной бутылкой Кока-Колы, применялась Пытка электротоком – электроды накладывались на ноги в области голеностопных а также на руки – в области лучезапястных суставов. В течении трех дней он находился в изоляции, в темной камере с бетонным полом, ему не выдавалась пища, питьевая вода выдавалась в ограниченном количестве, был ограничен в удовлетворении естественных нужд, был ограничен доступ к личному адвокату и не было предоставлена возможность сообщить жене и близким о аресте. При Пытках многократно терял сознание, после Пыток Электротоком развились серийные припадки, был вызван доктор для оказания неотложной помощи, для купирования припадка была сделана инъекция Реланиума и Но-шпы. Несколько раз его приводили в чувство обливая холодной водой. Ему также угрожали арестом жены, отправкой малолетней дочери (1.5 года в дом для беспризорных детей). Со слов обследуемого в Пытках участвовал следователь, адвокат и еще двое. От него требовали подписать признание в совершении покушения с целью совершения преднамеренного убийства. Не в

силах вынести. Пытки на третий день он подписал признание написанное рукой следователя. Несмотря на то, что во время рассмотрения на суде вопроса о предварительном заключении, его состояние не вызывало сомнений, судьей не была назначена Судмедэкспертиза. Сам он испугался заявить о фактах Пыток на суде. После суда ночью он был переведен в тюремный изолятор, где не было освидетельствовано его Физическое и Психическое состояние, хотя его внесли на руках – он не мог самостоятельно передвигаться. Он расписался на документе, что физические следы повреждений не обнаруживаются. Он сам испугался заявить, так как всех воспринимал врагами (в том числе и доктора) и недопонимал суть происходящего. После он написал жалобу в прокуратуру, где описал пережитое и просил сменить следователя, принимавшего участие в его Пытках. Его адвокат (нанятый его женой), несколько раз ходатайствовал о назначении Судебной Медицинской Экспертизы, в чем было отказано. В течении месяца вышеупомянутый следователь опять угрожал ему и уверял заточит его в тюрьму на всю жизнь.

Краткие Анамнестические Данные: Обследуемый ХУ В детстве Психофизически развивался нормально, имеет двух психофизически здоровых старших братьев, Отец болеет хроническим психическим заболеванием и находится в психиатрической больнице. Мать психофизически здорова. В школе учился хорошо, после окончания школы окончил технический ВУЗ, однако не смог найти работу. Имеет жену и дочь полутора лет. Ранее Психофизических жалоб не предъявлял, не болел, черепно-мозговых травм не получал, в Психоневрологическом и Наркологическом Диспансерах на учете не стоял. Впервые припадки появились во время нахождения в полицейском управлении (при Пытках электротоком), где несколько раз терял сознание при ударах тяжелыми тупыми предметами по голове. Серийные припадки были купированы инъекциями Реланиума и НО-ШПЫ (Данные взяты из судебного дела обследуемого). В остром периоде Психотравмы обнаруживалось оглушенное состояние с элементами дереализации, психомоторной заторможенностью, с сильным тревожно-фобическим аффектом, с мнительностью и повышением подозрительности. Во время нахождения в тюремном изоляторе припадки регулярно повторялись, сопровождались потерей сознания и амнезией после купирования. Припадки купировались инъекциями Реланиума (со слов тюремного врача – однако каких-либо медицинских записей или карты не обнаруживается). Обследуемый в течении месяца жаловался на стойкую бессонницу, головную боль, нарушение координации, нарушение памяти, раздражительную слабость, повышение бдительности, на наличие ночных кошмаров (с содержанием эпизодов Пыток), при просыпании отмечались эпизоды того что травмирующее событие вновь продолжается. Выявлялись чувство безысходности, беспомощности, суицидальные идеи. Квалифицированная медицинская помощь не предоставлялась – не проводилось соответствующее лечение, не проводились обследования и не был вынесен диагноз. Его жена и адвокат обратились в Независимый Совет по Мониторингу Тюрем и в Центр Реабилитации Жертв Пыток с просьбой о помощи и в результате вмешательства 30 Июня 2004 года он был переведен в тюремную больницу, где в приемном отделении во время первичного медицинского освидетельствования был поставлен **предварительный диагноз: Посттравматический Стрессовый Сидром, Посткоммоционный Синдром, неуточненные припадочные состояния.** Было рекомендовано Дополнительное клиническое Неврологическое и Психиатрическое обследование, а также консультации травматолога, а также параклинические неврологические исследования. С целью дополнительного, полноценного обследования и лечения пациент был направлен в Психоневрологическое отделение больницы.

Физические Жалобы Пациента:

Жалуется на общее недомогание, слабость, быструю утомляемость, боли во всем теле, особенно в области правой скуловой кости.

Психоневрологические Жалобы Пациента:

Жалуется на стойкую бессонницу, нарушение координации, головокружение, головные боли, припадочные состояния, которые учащаются в эмоционально напряженных ситуациях и при ситуациях ассоциирующихся с Пытками (визит следователя), жалуется также на понижение памяти, на снижение способности концентрации внимания, на ночные кошмары (с содержанием травмирующих событий), на навязчивые воспоминания и переживания связанных с событием, а также чувство подавленности, безысходности, беспомощности, которые он связывает с продолжением Стрессовых событий: Заключение, Угрозы Следователя, Депривация с семьей, с отсутствием надежд на оправдание и доказательства Пыток, с неопределенностью будущего, также жалуется на повышенную подозрительность, мнительность, раздражительность, повышение возбудимости и агрессивности.

Объективные Данные (при клинических и параклинических обследованиях):

Консультация Травматолога: «При пальпации обнаруживается избыточное костно-тканевое образование (+ дефект) в нижней области глазницы, у перехода в скуловую кость. Рекомендовано Инструментальное обследование в виде Компьютерной Томографии»

Консультация Невролога: «При клиническом обследовании сознание ясное, речь сохранена, моменты припадков амнезирваны, краниальные нервы – зрачки круглые, одинаковые, зрачковый рефлекс вызывается слабо, реакция на аккомодацию и конвергенцию снижена двусторонне, выявляется установочный нистагм, при выполнении координационных проб – интенсивный, проба Ромберга – положительна, сухожильных и костно-сухожильные рефлексы вызываются слабо, ассиметрично. Выявляется тремор пальцев рук и век, а также вазомоторная лабильность, дермографизм – стойко красный, менингеальные симптомы не проявляются. Функции тазовых органов контролирует. Рекомендовано Инструментальные исследования – Электроэнцефалография и КТ»

Консультация Психиатра; Психический Статус:

Сознание ясное, ориентация во времени, пространстве и месте сохранена. В контакт вступает адекватно. Во время встречи был чрезвычайно подавлен, на вопросы отвечал тихо, с некоторой заторможенностью; сидел согнувшийся, был напряжен, отмечалась определенная недоверчивость. Во время беседы постепенно раскрылся, заявил, что нынешнее его тяжелое состояние связано с перенесенными Пытками и избиениями – в результате чего у него развиваются припадки и «Спазмы»; кроме того он отметил что стал крайне раздражителен, легко возбудим, «Если с кем-то не поговорю, не знаю, что со мной случается, не могу сдерживаться» потом отмечает что «голова пухнет, потом наступает такое чувство жара, что вынужден подставлять ее под холодную воду из-под крана, чтобы освежиться». Отмечаются сильные головные боли. Во время разговора отмечается сильный тремор пальцев рук, который усиливается при ответе на связанные с психотравмой вопросы. То же отмечается при заполнении психологических тестов, при ответах на связанных с «Событием» – тремор значительно усиливается, пациент также делает громкие комментарии. При воспоминании Фактов Пыток и избиений аффективные реакции проявляются покраснением, нарастанием тревожности и беспокойства. Патология мышления и

восприятия не выявляется. Однако заметна общая недоверчивость, мнительность, на окружающих смотрит с подозрением, также отмечает периодическое ощущение «шума в ушах». Переживает враждебное отношение со стороны окружающих, также ощущение беспомощности и бессилия, отсутствия перспектив на будущее. Отмечается некоторое понижение памяти (связанные с травмой детали постепенно выпадают из памяти), пытается избегать тех ассоциаций, которые напоминают пережитые события. Отмечается стойкая бессонница, в том же случае если удастся заснуть – кошмарные сновидения тематически связанные с нахождением в полиции: Попытки, угрозы, избиения; в особенности следователь который во сне воспринимается как «Воланд из Мастера и Маргариты». Обращает на себя внимание навязчивые воспоминания и переживания, которые также связаны с травмирующим событием и само собой, произвольно приходят на ум. Наблюдается наплыв идей и мыслей, связанных с травмирующим событием на пике которых «Теряю сознание и не помню что делаю», как говорят после сокамерники, падает ниц без чувств и развивается припадок. Также отмечает случай, когда однажды ночью встал и куда-то пошел, потом на что-то наткнулся и только после падения проснулся. Выявляется чувство вины по отношению дочери и матери, «Рано мать постарела, все из-за меня». Очень остро переживает, что не дают видиться с дочерью, особенно нужно отметить, что сбавил в весе более 10-ти килограмм.

Фон настроения резко снижен, моторика заторможена, мыслительный процесс замедлен; Выявляются суицидальные высказывания и идеации.

Результаты медицинских клинико-психологических исследований:

Субъективные тесты:

Гарвардский опросник перенесенных травм – В первой части (травмирующие события) отмечает Физическими и Психологическими Попытки, а так же особенно травмирующим считает заключение в тюрьму, разлуку с семьей, Во второй части Психотравмой Первого Ранга описывает Попытки (в особенности электротоком), а также объявление заранее его убийцей в электронных и печатных Масс-Медиа; Вторым Травмирующим моментом отмечает безденежье, тяжелое положение больных, престарелых родителей. В третьей части (Черепно-мозговые травмы) – обращает на себя внимание множественные травмы головы во время применения Попыток с частой потерей сознания. В четвертой части (Психотравмы) – индекс 2,57, что в свою очередь указывает на развернутую симптоматику Посттравматического Стрессового Расстройства (Показатель выше 2,5 указывает на Выраженное Посттравматическое Стрессовое Расстройство)

Вопросник оценки тревожности Шихана – Показатель 115 (Норма до 30 очков) указывает на четко выраженное Паническое расстройство.

Вопросник Депрессии Бека – 29 очков (Норма 9) указывает на верхний предельный показатель (от 19 до 29 очков) выраженной Депрессии.

Объективные тесты:

PTSD (Watson et al) – Индекс 110 указывает на четко выраженное, тяжелое Посттравматическое Стрессовое Расстройство (Свыше 90 очков признается высоким показателем), по характеру течения оно текущее расстройство. что подтверждает наличие Чрезвычайного Травмирующего Стрессового События в не так уж отдаленном прошлом (Максимум 6 месяцев тому назад)

Шкала оценки Депрессии Гамильтона – индекс 36, что указывает на наличие тяжелой Депрессии (> 17 указывает на тяжелую Депрессию), были выявлены Суицидальные Идеи.

С целью уточнения Диагноза было рекомендованы Электроэнцефалография и Компьютерная Томография»

Результаты Инструментальных обследований:

ЭЭГ Заключение:

«Проявляется диффузная дизритмия, асимметрия возникновения патологических волн и смешанные фокальные изменения в правой темпороокципитальной и фронтотемпоральной отведениях (Травматическая Эпилепсия)»

Заключение Компьютерной Томографии:

«При обследовании проявляется дилатация субархноидальных пространств, что может быть вызвано перенесенной черепно-мозговой травмой; умеренная интракраниальная гипертензия, а также обнаруживается уплощение передней стенки правой гайморовой пазухи (Костная мозоль)»

Центр Психо-Реабилитации жертв Пыток, Насилия и Выраженного Стрессового Воздействия «ЭМПАТИЯ»

Медицинская и Психо-Социальная Программа мониторинга и Реабилитации Жертв Пыток

I. Анкетные данные

1. Имя, Фамилия, И.О. (в случае требования анонимности переходите на пункт 2).
2. Персональный Код Клиента _____ G -XX-000N
3. Дата обследования (начиная с первичного обследования) _____
4. Дата Выписки _____
5. Пол _____ 3.1.Женский/ 3.2.Мужской
6. Возраст, Дата и место Рождения _____
7. Национальность _____
8. Гражданство _____
9. Образование _____
10. Семейное положение _____
11. Адрес Нынешнего проживания _____
12. Постоянный Адрес _____
13. Статус (подчеркните) 9.1. Беженец 9.2. Заключенный 9.3. Бывший Заключенный. 9.4. Прочее (укажите) _____

II. ИСТОРИЯ ПЫТОК

Пожалуйста, заполните детально

1. Жертва пыток / 1.1.Да 1.2.Нет 1.3. Присутствовал при пытке члена семьи или близкого 1.4. Присутствовал при пытке незнакомого Человека
2. Место Пытки / 2.1. Полицейский участок. 2.2. Тюремный Изолятор. 2.3. Изолятор ГБ. 2.4. Армейский Изолятор 2.5. Зона Военного Конфликта. 2.6. Прочее (укажите) _____
3. Дата и Продолжительность Пытки _____
4. Интенсивность Пытки/ 4.1. Систематическое. _____ 4.2. Одноразовое _____
5. Информация о Палачах / 5.1. Представители Полиции. 5.2. Представители других Силowych Структур (укажите какой) _____ 5.3. Одна Личность 5.4. Группа палачей 5.5. Прочее (укажите) _____
6. По указу Госчиновника 6.1. Да _____ 6.2. Нет _____
7. Прочее (укажите в какой ситуации и кем) _____
8. Присутствие Представителя Медперсонала при Пытке _____
9. Участие Медперсонала в Пытках _____ 9.1. Да _____ 9.2. Нет _____
10. Цель/Причина Пытки /10.1.Получение Информации 10.2. Признание Вины 10.3. Признание в несовершенном или в дополнительном преступлении. 10.4.Вымогательство денег 10.5. Унижение Личности 10.6.Подчинение, подавление, надлом Личности 10.7.Идеологическая обработка 10.8.Оскорбление Религиозного чувства, достоинства и т.д. 10.9.Садистические Тенденции Палачей. 10.10. Унижение по признаку этнической принадлежности 10.11 Прочее (укажите) Дополнительная Информация (опишите) _____

I I I. Исползованные Методы Пытки

1. Физические Методы

		Да	Нет
1.1.	Избиения (Дубинкой, Сапогами, Прикладом Оружия, Тупыми предметами, рукоприкладство, и др.) -----		
	А. Систематическое		
	В. Одноразовое		
1.2.	Пытка Электротоком		
	А. Через Ротовую полость		
	В. Через половые органы		
	С. Через пальцы и конечности		
	Д. Прочее(Пожалуйста уточните)-----		
1.3.	Подвешивание(Ласточка и т.д.)		
1.4.	Нефизиологическое Положение		
1.5.	Сексуальная Пытка		
	А. Изнасилование		
	В. Насильственное или Принудительное Оголение		
	С. Принуждение к Онанизму		
	Д. Принудительное участие в Изнасиловании		
	Е. Принятие унижительной позы		
	Ф. Повреждение Половых органов		
	Г. Прочее(Пожалуйста уточните) -----		
1.6.	Медико-Стоматологическая Пытка(Экстракция или же Выбивание зубов)		
1.7.	Удушение (Противогазом, Окунанием в воду и пр.) (Уточните и подчеркните)-----		
1.8.	Фармакологическая Пытка (посредством Наркотического, Психотропного или другого препаратов, указать по мере осведомленности) -----		
1.9.	Нанесение увечий (выдергивание ногтей, ампутация уха, фаланг, Лишение Зрения, срезывание кожи или других тканей – подчеркните или уточните прочее)-----		
1.10.	Прижигание (сигаретой, раскаленным металом, фиксация на раскаливаемой решетке или горячей крышке - подчеркните или уточните прочее)-----		
1.11.	Пытка посредством животных(натравливание собак и прочее- опишите) -----		
1.12.	Прочее(опишите) -----		

1.13Дополнительная Информация _____

1.14Опишите спец-методы не оставляющие следов(если таковые применялись)_____

2. Методы психологической Пытки

2.1.	Депривация, Изоляция	Да	Нет
2.2.	Холод, Темнота, Недостаток Кислорода		
2.3.	Животные в камере(Насекомые, Грызуны и прочее)		
2.4.	Отсутствие Санитарных Условий		
2.5.	Агент в камере		
2.6.	Нахождение в камере рядом с Жертвами Пыток		
2.7.	Слышимость криков Жертв Пыток		
2.8.	Присутствие при Пытке другого Человека		
2.9.	Пытка Члена Семьи или другого близкого Человека		
2.10.	Депривация Сна		
2.11.	Неопределенное ожидание Пытки		
2.12.	Угрозы 1. изнасилования. 2. По отношению семье 3. Подвергнуть Пытке близкого Человека 4. Прочее(опишите) -----		
2.13.	Унижение, Оскорбления(словесные), Запугивание		
2.14.	Лже-Смертный Приговор		
2.15.	Недостаток Пищи и Воды		
2.16.	Ограничение в удовлетворении естественных потребностей		
2.17.	Нереальный выбор(Признание, выдача лживой информации, Склонение к Сотрудничеству и прочее - опишите) ----- -----		
2.18.	Отсутствие Медицинской Помощи----- -----		
2.19.	Прочее(Пожалуйста опишите) ----- -----		

2.20. Дополнительная Информация _____

IV. Острые Последствия Пыток

1. Физические последствия

1.1.	Черепно-мозговая травма с потерей сознания	Да	Нет
1.2.	Раны(на голове, спине, конечностях, в области лица, шеи, груди, прочее - указать) -----		
1.3.	Ожоги (на голове, спине, конечностях, фалангах, в области лица, шеи, груди, повреждение слизистых и кожных покровов, прочее - указать) ----- -----		
1.4.	Острое Кровотечение(указать откуда)----- -----		
1.5.	Переломы, вывихи, растяжения(указать место повреждения) ----- -----		
1.6.	Болевой Шок		
1.7.	Острая сердечно-сосудистая недостаточность (Стенокардия, Инфаркт миокарда)		
1.8.	Легочная Недостаточность		
1.9.	Острая Почечная недостаточность		

1.10.	Инфекционное Заболевание(уточните)		
1.11.	Повреждение половых органов		
1.12.	Нервно-мышечные повреждения (Парез, растяжения мышц и сухожилий, припадочные состояния и т.д.)-----		
1.13.	Ушибы и увечья(укажите место) -----		
1.14.	Острое повреждение зрительного аппарата		
1.15.	Острое повреждение слухового и вестибулярного аппарата		
1.16.	Прочее(Пожалуйста опишите) ----- -----		

1.17. Продолжительность острой фазы _____

2. Острые Психические Реакции

2.1.	Аффективно-шоковая Реакция	Да	Нет
2.1. А.	Ступорозный вариант (Заторможенность, пребывание в одной позе, ощущения беспомощности и пустоты, нарушение сна) Пожалуйста отметите и опишите ----- -----		
2.1. В.	Вариант с Возбуждением (Ажитация с Суицидальной активностью, Парасуицид, самоповреждения – попытка или желание, Психо-моторное возбуждение, расстройство сна), Пожалуйста отметите и опишите ----- -----		
2.1. С.	Расстройство сознания (Обнибуляция, Сомноленция, Сопор, Сужение и др. изменения), Пожалуйста отметите и опишите ----- -----		
2.2.	Отметите и опишите отдельно - Попытка Суицида, мысли и желания, попытка самоповреждения или мысли и желания--- ----- -----		
2.3.	Прочее(Пожалуйста опишите) ----- -----		

2.4. Продолжительность острой фазы _____

V. Медицинская помощь в Острой Фазе

- 1.1. Мед. помощь была оказана во время Пытки.
- 1.2. Мед. помощь была оказана с целью сокрытия факта Пытки.
- 1.3. Мед. помощь была оказана из-за страха смерти Пытаемого.
- 1.4. Мед. помощь не была оказана во время Пытки
- 1.5. Неквалифицированная Мед. помощь была оказана после Пытки другими заключенными или посторонними людьми
- 1.6. Был ли отмечен в медицинской документации факт пытки.
- 1.7. В случае заключения в тюрьму: было ли освидетельствовано медкомиссией состояние пытаемого и зафиксировано соответствующим образом.
- 1.8. Какой специальности врачи были в комиссии и присутствовал ли Психиатр.
- 1.9. Заявил ли Пытаемый что он жертва Пыток.

- 1.10. Если да – кому и какова была реакция на заявление _____
- 1.11. Если нет, то почему _____
- 1.12. Какого типа обследования и лечение было проведено и в какой период
- _____
- _____

VI. Хронические последствия Пыток

1. Физические последствия

1.1. Отмечается ли у пациента шрам, кровоподтек, гематома

1.2. Если да обозначите область

Голова (краниальная часть)	Да	Нет
Лицо		
Шея		
Грудь		
Живот		
Спина		
Гениталии		
Ротовая полость		
Конечности		
Фаланги		
Прочее(опишите)		

1.3. Отмечается ли у пациента следы переломов(с ограничением движения)

1.4. Если да то обозначьте область

Лицевые Кости	Да	Нет
Позвонки (уточните)		
Конечности		
Фаланги		
Прочее		

1.5. Отмечается ли у пациента последствия ампутации или экстракции

1.6. Если да то обозначьте область

Нос	Да	Нет
Уши		
Фаланги		
Конечности		
Зубы		
Ногти		
Гениталии		
Прочее(уточните)		

1.7. Отмечается ли у пациента последствия поражения Нервной Системы

1.8. Если да обозначьте какие

Головные боли	Да	Нет
Ограничения свободы движений		
Невралгия		
Парезы		
Парестезии, понижение		

Чувствительности		
Патологические Рефлексы		
Прочее(уточните)		
Обозначьте области		

1.9. Отмечается ли у пациента Хронический Болевой Синдром

1.10. Если да обозначьте область

Лицо	Да	Нет
Голова, шея		
Спина		
Грудь		
Живот		
Почки		
Гениталии		
По всему телу		
Прочее		

1.11. Боли нарастают с изменением погоды

1.12. Боли зависят от перемен времени года

1.13. Боли обостряются ассоциативно - воспоминания травм, круглые даты событий и т.д.

1.14. Обозначите другие соматические расстройства развившиеся после Пыток

Сердечно-сосудистая Система	Да	Нет
Дыхательная Система		
Аллергические заболевания		
Инфекционные заболевания		
Опухолевые процессы		
Пищеварительная Система		
Мочеполовая Система		
Зрительная Система		
Ухо-горло-нос		
Эндокринная Система		
Прочее(обозначите)		

1.15. Обращался ли за Медицинской помощью

1.16. Были ли проведены Лечебно-реабилитационные Мероприятия

1.17. Если да, то какие(Операционное вмешательство, Консервативно-паллиативное лечение и т.д.)

1.18. Фиксировано ли в Медицинской документации состояние

1.19. Проводились ли ПараКлинико-Инструментальные обследования

1.20. Если да, то какие, где и когда _____

1.21. Есть ли нужда в обследованиях и лечении(операции и т.д.) _____

2. Психо-Соматические последствия пыток

2.1. Лабильность Артериального давления (Гипер- и Гипотензия) _____

2.2. Боли в области сердца _____

2.3. Нехватка воздуха, одышка _____

2.4. Дисменорея _____

2.5. Ранний Климакс _____

2.6. Понижение или другие изменения Либидо _____

- 2.7. Изменения веса _____
- 2.8. Потливость _____
- 2.9. Гипо- или Гипер Саливация _____
- 2.10. Нарушения цикла Сна-бодрствования _____
- 2.11. Нарушения координации, головокружение _____
- 2.12. Ощущение мышечного напряжения _____
- 2.13. Понижение Слуха _____
- 2.14. Понижение зрения _____
- 2.15. Легкая уставаемость _____
- 2.16. Общая Слабость _____
- 2.17. Дрожь (Тремор) _____
- 2.18. Лихорадка _____
- 2.19. Гипергидроз _____
- 2.20. Изменения мочевыделения _____
- 2.21. Запоры или же Диарея _____
- 2.22. Прочее _____

3. Психические симптомы – последствия Пыток

- 3.1. Бессонница и Ночные кошмары _____
- 3.2. Понижение фона настроения (Депрессия) _____
- 3.3. Агрессия _____
- 3.4. Дисфория _____
- 3.5. Эмоциональная Лабильность _____
- 3.6. Страхи (фобии) _____
- 3.7. Тревожность _____
- 3.8. Напряженность _____
- 3.9. Повышенность Внимания(настороженность) _____
- 3.10. Понижение уровня Концентрации Внимания _____
- 3.11. Снижение Памяти _____
- 3.12. Навязчивые воспоминания и представления _____
- 3.13. Аффективные и вегетативные реакции внезапно возникающие при ассоциациях и воспоминаниях связанных с Событием _____
- 3.14. Личностные изменения (Враждебность, Недоверие, Затруднение контактов, Непереносимость шума, Потребность одиночества и отгороженность, Замкнутость, Ауто-Агрессивные и Суицидальные тенденции, Чувство Стыда и Беспомощности, Потеря Самоуважения и прочее) Обозначите и опишите

- 3.15. Эпизоды Flashbacks _____
- 3.16. Галлюцинации и Бредовые переживания, ассоциированные с травмирующим событием _____
- 3.17. Прочее (укажите и опишите) _____

VII. Другие Психотравмирующие События (Этот раздел обязательно заполняется даже если пытка не имела места, как и в случаях с Членами семьи)

Другие Психотравмирующие События	Указать, комментарии	Дата и место События

Травмы военного времени		
Гибель близкого человека		
Гибель Члена (ов) семьи		
Вынужденное оставление или потеря дома		
Преследование, притеснение семьи		
Исчезновение Члена (ов) семьи или близких людей		
Тяжелые социальные условия в результате Миграции		
Попадание или Миграция в чужую или непривычную обстановку		
Потеря работы, социальной роли и т.д.		
Отчуждение от членов семьи		
Овдовение, Сиротство, Гибель ребенка.		
Пленение, заключение в тюрьму		
Изоляция, ограничение в контактах		
Частые конфликты в семье		
Недостаточность Медицинской помощи		
Нахождение в переполненной камере		
Конфликты в тюрьме или же в камере		
Игнорирование и невнимательность со стороны Социальных Служб		
Прочее (Пожалуйста, обозначьте)		

VIII. Жалобы

8.1 Физические / Соматические

8.2. Психические

Х. Объективный Статус во время Первого освидетельствования

10.1 Соматическое Состояние: Р _____ Т / А _____ Т _____

10.2. Психическое Состояние:

10.3. Фиксировано ли в прошлом состояние клиента в медицинской документации (если да, то обозначите где, и достаточны ли были проведенные мероприятия – лечение, обследование и т.д.)

XI. Результаты Психологического обследования

Для Взрослых

1. Гарвардский опросник перенесенных травм _____
2. Опросник (Watson) _____ PTSD
3. Опросник Гамильтона _____
4. Опросник Бека _____

5. Шкала Самооценки Паники и Тревожности Шихана _____
6. Опросник Агрессивности Басс-Дарки _____
7. Миссисипская Шкала (гражданский вариант) _____
8. ММРІ _____
9. В случае необходимости – другие тесты _____

Для Детей и Подростков

1. PTSD опросник (Saigh)
2. Тест «Руки»
3. Тест Люшера
4. В случае необходимости – другие тесты

**ХII. Заключение после первичного обследования и предварительный
Диагноз**

Заключение

Предварительный Диагноз

Соматоневрологический

Психический / Психологический:

ХIII. Рекомендации

1. Психотерапия (Индивидуальная, Групповая, Семейная)
2. Арт-Терапия

3. Социальная Терапия

4. Консультации Специалистов (укажите пожалуйста)

5. Лабораторные и инструментальные исследования (укажите пожалуйста)

6. Предварительная расценка дополнительных исследований и консультаций (GL/US\$/EUR)

7. Количество визитов во время предварительных консультаций и исследований:

7.1. Ведущий Случая (Психиатр/Терапевт)

7.2. Психиатр или Терапевт

7.3. Невролог

7.4. Травматолог

7.5. Другие (обозначьте)

7.6. Социальный Работник

7.7. Медсестра

Подписи: Ведущий Случая / /

Медицинский Директор Центра: / /

Заместитель Директора: / /

XIV. Результаты проведенных Обследований и Консультаций

1. Консультации: (вложите, пожалуйста, дополнительные листы)
2. Результаты Лабораторных и Пара-клинических (Инструментальных) обследований (приложите соответствующие документы)
3. Повторная консультация Ведущего Случая и заключение Мульти-дисциплинарной команды (Обозначьте участников и укажите их статус)

XV. Заключение о Психофизическом состоянии

XVI. Заключительный Диагноз

Соматический и Неврологический

Психический / Психологический

XVII. Назначение (в случае надобности приложите дополнительные листы)

1. Фармакотерапия – в динамике (приложите листы с назначением – в динамике)
2. Повторные консультации (укажите специалистов)
3. Психотерапия (Индивидуальная, Групповая, Семейная)
4. Арт-Терапия
5. Социальная Терапия

Определите длительность курса лечения и реабилитации

Дата:

Подписи: Ведущий Случая

Медицинский Директор Центра:

Заместитель Директора:

XIX. Лечение и Реабилитация

1. Записи Ведущего Случая (в случае надобности вложите, дополнительные листы, а также дополнительные листы исследований и консультаций)

Визит № 1

Визит № 2

Визит № 3

Визит № 4

Визит № 5

Визит № 6

Визит № 7

Визит № 8

1. **Психотерапевтические Сеансы – Количество и Записи** (Приложите, дополнительные листы)
2. **Арт-Терапия – Количество и отчеты** (Приложите, дополнительные листы)
3. **Социальная Терапия - Мероприятия и отчеты** (Приложите, дополнительные листы)
4. **Консультации Психолога – Количество и Записи** (Приложите, дополнительные листы)
5. **Консультации Юриста – Количество и Записи** (Приложите, дополнительные листы)

XX. Оценка(Эвалюация)

XX.1 Повторные Психологические Консультации

1. Гарвардский опросник перенесенных травм _____
2. Опросник PTSD (Watson)_____
3. Опросник Гамильтона_____
4. Опросник Бека_____
5. Шкала Самооценки Паники и Тревожности Шихана _____
6. Опросник Агрессивности Басс-Дарки
7. Тест Тревожности Шихана_____
8. **MMPI**_____
9. В случае необходимости – другие тесты_____

Для Детей и Подростков

1. PTSD опросник (Saigh)
2. Тест «Руки»
3. Тест Люшера
4. В случае необходимости – прочее

XX.2. Опросник Субъективной Оценки Пациента (приложите, пожалуйста, дополнительные листы)

XX.3. Заключение Ведущего Случая и членов МДК о Психофизическом Состоянии после Лечения и Реабилитации

XXI. Дальнейшие Рекомендации

Общемедицинские

Психологические

Социально-Юридические

Прочие(Обозначите)

Дата:

Подписи: Ведущий Случая

/

/

Медицинский Директор Центра:

/

/

Заместитель Директора:

/

/

XXII. Эпикриз

Случай:

Персональный Код Клиента:

Дата Поступления и Выписки:

(Пол, Возраст, Национальность/Гражданство, Статус)

1. Персональная История пострадавшего / жертвы

- В каком контексте был (а) подвергнут (а) пытке
- Кто участвовал в пытках, кем они проводились
- Используемые методы (Физические, Психологические)
- Последствия пыток (Физические, Психические)

2. Помощь оказанная организацией

- Как Клиент оказался в организации
- Какого типа помощь была оказана организацией
- Консультации Психиатра (количество)
- Консультации Психолога (количество)
- Психотерапия (тип, количество сеансов)
- Социальная Терапия (Тип помощи, количество сессий)
- Консультации Врача Общего Профиля (Количество)
- Консультации Травматолога (Количество)
- Консультации Невролога (Количество)
- Фармакотерапия
- Лабораторные и Инструментальные Исследования
- Другие дополнительные Консультации и Исследования

- Данные о Ведущем Случая и о Членах мультидисциплинарной команды (Имя, Фамилия, Должность):

- Место проведения основного курса Лечебных и Реабилитационных мероприятий (также укажите учреждения, где были проведены дополнительные Консультации и обследования)

- **Заключительная расценка проведенных мероприятий в GL / US\$ / EUR** (За исключением зарплаты штата)

3. Результаты:

- Какие результаты были достигнуты

4. План поддержки в будущем

- Планирует ли организация продолжать поддержку клиента

- Какого типа помощь рекомендована и запланирована

- Продолжительность рекомендуемой поддержки

- Какие результаты ожидаются

Дата: _____

Подписи: Ведущий Случая _____ / _____ /

Медицинский Директор Центра: _____ / _____ /

Заместитель Директора: _____ / _____ /

XXII. Лист для Комментариев

Др. Мариам Джишкарвани
Центр психореабилитации жертв пыток, насилия и выраженного
стрессового воздействия «Эмпатия», Тбилиси, Грузия

РЕКОМЕНДАЦИИ
по созданию

**КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЗАКЛЮЧЕННЫХ И БЫВШИХ ЗАКЛЮЧЕННЫХ**

Prepared according to the WHO Recommendations Mental Health in Prison (1998)

Тбилиси, 2002 г.

Преамбула

Тюрьма - это место исполнения наказания. Однако ставится вопрос: может ли наказание или страх быть наказуемым способствовать превенции правонарушений.

Как показывает опыт советских тюрем, даже самая страшная, жестокая система наказания в этом плане себя не оправдала. Мнимая система "Воспитания" и "Исправления" с элементами насильственности способствовала наоборот криминализации тюремного населения и тюремной системы в целом, создавая основанной на насилии тюремной иерархии с девизом выживания сильнейшего.

Исходя из вышесказанного важнейшей задачей тюремной системы должно быть использование тюрем в качестве реабилитационных заведений, что подразумевает коренное реформирование подхода к заключенным и создание основанных на гуманистических принципах реабилитационных служб для заключенных и бывших заключенных.

Такие принципиальные изменения тюремной системы должно учитывать следующие обстоятельства:

1. Исходя из общепринятого соображения, что тюремное заключение отрицательно сказывается на душевное состояние заключенных, являясь, в естественном порядке ограничением свободы личности, вызывает рост агрессивности, способствуя накалению обстановки в тюрьме в целом и вызывая напряженное и стрессовое состояние как среди заключенных так и среди тюремного персонала.

2. Учитывая, что большинство из заключенных являются выходцами из самых обездоленных слоев общества, с негативным опытом детства и до тюремного заключения, такое как:

- Тяжелое детство: домашнее насилие, физические, сексуальные и эмоциональные унижения, или безразличие и заброшенность со стороны родителей и общества.
- Недостаточность образования и интеллектуального развития.
- Отсутствие институтов социальной защиты и возможности психо - социальной поддержки.
- Опыт применения наркотиков, токсикомании и алкоголя.
- Эмоциональное неуровновешенность, попытки самоубийства и нанесение самоувечий.
- Проблемы связанные с здоровьем и недоступность квалифицированной медицинской помощи.
- Трудности социализации и межличностных отношений; Проблемы реализации естественных потребностей человека: самоутверждения и самовыражения, которые изза закрытости общества для таких обездоленных и травмированных слоев населения находят выход в альтернативном, в асоциальном русле.

Сочетание этих факторов способствуют развитию личности в асоциальном направлении.

3. Принимая во внимания естественные и присущие негативные факторы тюремного заключения, такие как:

- Необходимая изоляция ограничивающая свободу выбора и автономии личности
- Монотонная тюремная жизнь и недостаток выбора новых возможностей и ограниченность информации.
- Ограничения в интимной жизни, контактов с семей, с партнером и обществом в целом.
- Постоянное ощущение контроля (режим, личные досмотры и т.д.)
- Длительные сроки заключения или же пожизненное заключение
- Ощущение бесперспективности и потери смысла жизни
- Внутренний конфликт личности по поводу своей жизненного пути и содеянного
- Неправильная и часто заниженная самооценка, с внутренними деструктивными переживаниями и тенденциями.

Вызывают потери интересов и снижение мотивационной активности, способствуя развитию эмоциональных нарушений и апатии.

4. Серьезными негативными факторами тюремного заключения особенно присущие для пост - советского пространства являются:

- Перенаполненность тюрьмы
- Плохие условия содержания заключенных, неудовлетворительные санитарные условия и подвляющая обстановка
- Недостаточность и однообразие питания
- Недостаточность медицинского и психо - социального обеспечения
- Криминально - иерархическая система и насилие (агрессия физическая, психологическая, словесная и сексуальная) в тюрьмах
- Отсутствие ощущения безопасности
- Отсутствие полезного труда
- Доступ к незаконным наркотикам и алкоголю
- Чрезмерное ограничение автономии личности, что вызвано перенаполненностью тюрем и неправильными, давящими на человека стандартами проживания. Особенно важно отметить роль оперативной службы и различных институтов внедрения агентов в ограничении автономии личности. Эти факторы вызывая невозможность уединения, размышления и релаксации, отсутствие интимности способствуют нарастанию межличностного напряжения, раздражительности и росту агрессивности
- Крайне высокий коэффициент недоверия, вызванный опять - же наличием оперативных служб, агентов и недоверительным отношением к личности, способствуют развитию т.н. тюремной паранойи (К. Ясперс)
- Опозиционное отношение к тюремному персоналу, связанная по механизму инерции подчинении в прошлом тюрем к полицейской системе.
- Недоверие и неавторитетность систем судопроизводства и расследования, что связано с высоким уровнем корумпированности и нечеловеческого отношения к заключенным этих институтов, с ограничением возможности справедливого суда.
- неправильный подход к заключенным, что выражается в институте "Воспитателя" и общего подхода "Родитель - Ребенок".
- Особо важно отметить высокий процент жертв пыток и безчеловечного, унижающего человеческое достоинство обращения и наказания в пост - советских тюрьмах, что заслуживает особого внимания, так - как обще принято и не поддается сомнению, что пытки и подобное нечеловеческое обращение практически в 100 % вызывают психо - физические нарушения, которые со временем при отсутствии лечения и реабилитации приводят к грубым нарушениям личностного характера.

5. Важно выделить негативно отражающиеся, способствующие криминализации после освобождения факторы:

- Отрицательное, нетолерантное отношение общества к заключенным и бывшим заключенным, с наложением вечного ярлыка криминала и постоянное недоверительное отношение
- Преследование отдельными службами после освобождения
- Затруднение социального обеспечения и трудоустройство
- Сложности психологической интеграции в обществе.

Комплекс вышеизложенных негативных стрессовых факторов отрицательно отражаясь на человеке в целом, подрывая и дестабилизируя эмотивно - психическое равновесие личности, со временем приводящее к ослаблению и истощению защитных психо - физических механизмов индивида и к снижению общей реактивности, вызывает комплексные проблемы психического, медицинского и социального характера требующие особого внимания и срочного разрешения.

В психическом плане эти проблемы выражаются в различных нарушениях эмоций и поведения, проявляющиеся в стрессовых и связанных со стрессом расстройствах, в адаптационных и психо - соматических расстройствах, в расстройствах личности и специальных расстройствах личности при перенесении тяжелых психо - травм, таких как пытки. Часто эти

расстройства приводят к неуравновешенным поступкам, к суицидам и пара - суицидам, к самоповреждению и различным выражениям агрессивности.

В обще медицинском плане наблюдается снижение защитной иммунной системы организма, что по психо - соматическому механизму способствует легкому развитию инфекционных (например туберкулез) и других заболеваний с выраженной склонностью к хронизации. Здесь - же важно отметить что в случаях жертв пыток часто наблюдаются специфические хронические нарушения, которые требуют реабилитационных мер в обязательном порядке.

В социальном плане выявляются затруднения адаптации, нарушения контактов, снижение эмоционального резонанса и толерантности, повышение агрессивности и жестокость, нарушение поведения, часто принимающее асоциальный характер.

Комплекс таких негативных факторов способствуя образованию напряженных отношений между персоналом и заключенными, а так - же между заключенными различных каст, между заключенными и обществом в целом вызывают формирование "Образа Врага" и враждебных отношений "Мы и Они"; Способствует криминализации тюрем и в частности заключенных, тем самым подрывая систему безопасности в тюрьмах и в обществе в целом.

Исходя из вышеизложенного особое значение принимает создание Государственной комплексной системы реабилитации заключенных и бывших заключенных, главнейшей задачей которого будет комплексная реабилитация человека и превенция не только заболеваемости, но и криминализаций тюрем и общества в целом.

Исходя из соображения, что для нормального и полноценного функционирования личности особое значение имеет как психическое и физическое здоровье, так и уровень социализации и социальной интеграции. Важнейшей задачей реабилитации должно явится комплексный, мультидисциплинарный подход и осуществление комплексных мероприятий для восстановления и дальнейшего нормального функционирования человека в целом.

Учитывая вышеизложенные аргументации;

Учитывая положения изложенные в международных документах, в частности,

Учитывая основные положения Всеобщей декларации прав человека, ООН ;

Учитывая положения Международного пакта ООН об экономических, социальных и культурных правах человека;

Учитывая основные положения Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, ООН;

Учитывая положения Конвенции о правах человека, Европейской социальной хартии и Конвенции о правах человека и биомедицине;

Учитывая положения Европейской конвенции о предотвращении пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения или наказания, а также рекомендации относительно медицинского обслуживания в тюрьмах, подытоженные в 3 - ем общем докладе о деятельности Европейского комитета по предотвращению пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания;

Ссылаясь на рекомендацию № R (87) 3 относительно Европейских тюремных правил;

Учитывая Рекомендации 1235 (1994 г.) относительно психиатрии и прав человека и 1257 (1995 г.) относительно условий содержания в заключении в странах - участницах Совета Европы, подготовленные Парламентской Ассамблеей Совета Европы;

Ссылаясь на Принципы медицинской этики для защиты содержащихся под стражей лиц и заключенных от применения пыток и иного жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения или наказания, принятые Генеральной Ассамблеей ООН в 1982 г.;

Ссылаясь на конкретные декларации ВМА в отношении медицинской этики, Токийская декларация (1975 г.);

Руководствуясь основными принципами Рекомендации № R (98) 7 Совета Европы Относительно этических и организационных аспектов медицинского обслуживания в тюрьмах (1998 г.);

Руководствуясь принципами Согласованного заявления ВОЗ об Укреплении психического здоровья в тюрьмах (1998 г.);

Руководствуясь общепринятыми принципами медицинской и психо - социальной реабилитации, входящие в области социальной психиатрии

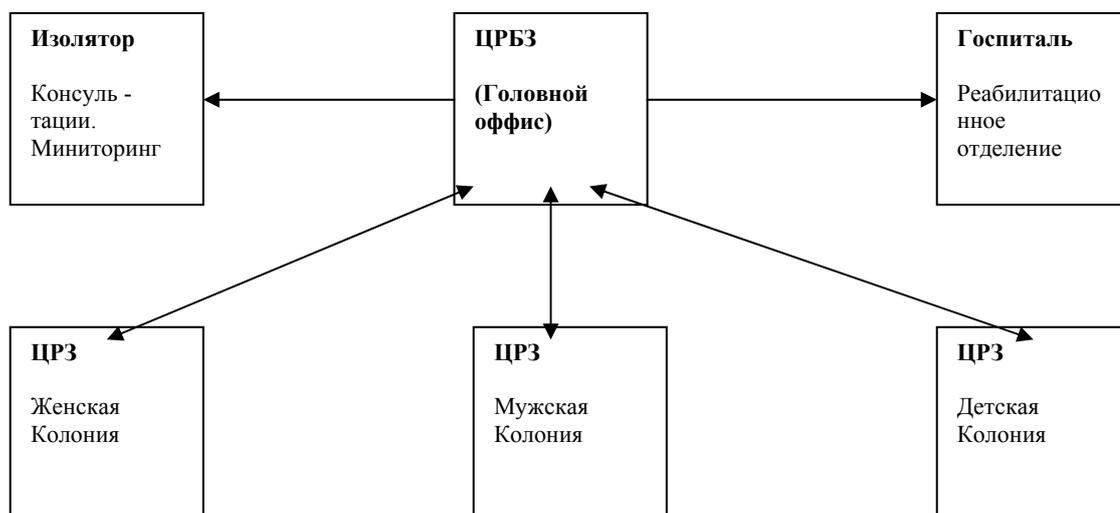
Нами разработаны основные принципы и рекомендация для создания Государственной независимой комплексной единой системы реабилитации для заключенных и бывших заключенных.

- Создание такой системы включает активное содействие различных государственных и негосударственных учреждений, в частности, системы здравоохранения и социального обеспечения, тюремной системы и государственных институтов по правам человека.
- Особое значение при создании и функционировании такого рода системы должна придаваться профессиональным и общественным НПО и общественности в целом.
- Важно отметить, что такая система должна быть независимой, отдельной и единой для заключенных и бывших заключенных.
- Важное значение придается закомплектованности такого рода системы исключительно гражданскими лицами.
- Создание такой единой комплексной системы включает создание и внедрение в тюремной системе Центров медицинской и психо - социальной реабилитации для заключенных и бывших заключенных, включением в обслуживание и членов их семей, а также персонала колоний и тюрем.
- Учитывая многопрофильность реабилитационных мероприятий, в частности, психических, общемедицинских и социальных, работа данных учреждений должна осуществляться мультидисциплинарной группой квалифицированных специалистов.
- Исходя из соображения, особой важности психического здоровья для нормального и полноценного функционирования человека, такого рода реабилитационной системой должны руководить психиатры, работающие в области социальной психиатрии, в частности в сфере медицинской и психо - социальной реабилитации.
- Вышеназванная система должна координироваться с министерством здравоохранения и социального обеспечения, при содействии остальных государственных структур с которыми заключенные и бывшие заключенные имеют тесные контакты.

Комплексная система реабилитации заключенных и бывших заключенных

Комплексная система реабилитации заключенных и бывших заключенных подразумевает создание Центра медицинской и психо - социальной реабилитации для заключенных и бывших заключенных, что включает создание и внедрение в тюремной системе центров медицинской и психо - социальной реабилитации, в частности, основание такого рода центров в каждой колонии, создание реабилитационного отделения на базе Центральной тюремной больницы, проведение регулярных мультимедицинских мониторингов и консультаций в местах предварительного заключения; Создание центра реабилитации для бывших заключенных вне тюремной системы, с координирующей и руководящей функцией всей реабилитационной системы для заключенных и бывших заключенных.

Схема Реабилитационной Системы



Центр медицинской и психо - социальной реабилитации заключенных и бывших заключенных

I. Основные цели

- Полная, комплексная реабилитация человека в целом (заключенных и бывших заключенных).
- Медицинская и психо - социальная реабилитация заключенных, в первую очередь жертв пыток, лиц с суицидальной активностью и склонностями к самоповреждению, лиц с личностными расстройствами с агрессивными реакциями, лиц с опытом наркомании и алкоголизма, лиц с хроническими медицинскими проблемами, а также лиц с разными личными и общими текущими психо - социальными проблемами.
- Превенция заболеваемости и хронизации психо - физических нарушений; профилактика суицидов и самодеструктивных или деструктивных поведений.
- Улучшение адаптации этого контингента и подготовка и поддержка в реадaptации и ресоциализации после освобождения.
- Поддержка и включение в реабилитационные мероприятия членов семьи заключенных и бывших заключенных с целью оздоровления общей атмосферы в семье.
- Поддержка и консультирование тюремных сотрудников в разрешении конфликтов и для общего улучшения атмосферы в тюрьмах.
- Разработка рекомендаций для выработки правильных взаимоотношений с заключенными и бывшими заключенными для тюремного персонала, а также для

различных государственных структур с которыми этот контингент имеет тесное соприкосновение.

- Выработка ходатайствующей системы перед государственными институтами для рассмотрения индивидуальных дел для помилования отдельных заключенных прошедших курс реабилитации.
- Включение в комиссии УДО рекомендательно - консультативной функцией такого рода центров.
- Выдача рекомендаций для бывших заключенных для трудоустройства.
- Выдача заключении о психо - физическом состоянии заключенных и бывших заключенных согласно просьбе этого контингента.
- Превенция криминализации тюрем и общества в целом.
- Принятие участия в законотворческой деятельности по тюремной реформе.

II. Основные задачи и осуществимые мероприятия

1. Изучение проблематики заключенных и бывших заключенных

Включает:

- А. Изучение проблем психо - физического здоровья, психологических и социальных проблем заключенных и бывших заключенных.
- Б. Изучение проблем взаимоотношений в тюрьмах.
- В. Изучение общих проблем тюрем.
- Г. Изучение семейных проблем целевого контингента.
- Д. Выявление основных, первоочередных групп нуждающихся в реабилитации.

2. Медико - психологическая реабилитация

А. Психотерапия

Основные цели и задачи психотерапии:

1. Ознакомление с основными задачами и принципами психотерапии, осознание психологических проблем данного контингента и какие результаты могут быть получены включением в психотерапию.
2. Достижение и научение релаксаций и улучшение концентрации внимания.
3. Достижение взаимодовверительного контакта.
4. Отреагирование - освобождение от эмоционально насыщенных переживаний детства и личностных травм периода зрелости - Катарсис.
5. Достижение диссоциации от стресса в случаях, мучающих личности, навязчивых переживаний "Жизненно важных стрессовых Событий" (пытки, изнасилование и т.д.).
6. Выработка и развитие способностей к само - анализу.
7. Осознание самого - себя "Кто Я" (самопонимание) и различных сторон личности с дальнейшим апеллированием на позитивные стороны личности (саморазвитие).
8. Улучшение адаптации, путем осознания психологических причин и механизмов межличностных конфликтов и проблем интерперсональных отношений в целом, нахождение путей разрешения этих проблем и реализация этих возможностей.
9. Осознание феномена Агрессии и трансформация агрессивной энергии в созидательное русло.
10. Выявление скрытых неиспользованных возможностей личности и нахождение путей реализации.
11. Достижение "Покаяния" и "Прощения" путем духовного развития личности и переоценки ценностных систем.
12. Конструирование альтернативного будущего и нахождение ресурсов для реализации новых жизненных путей.

Методы психотерапии: Индивидуальная, групповая и семейная по возможности.

Б. Психологическое консультирование

1. Выявление и обсуждение психологических проблем межличностных отношений: "Заключенный - Заключенный", "Заключенный - Сослуживцы колоний", "Заключенный - Семья", "Заключенный - Общество".
2. Психо - коррекция поведения.
3. Выработка правильных психологических отношений к проблемам заключенных Выработка отношений "Взрослый - Взрослый" по Э. Берну (Трансакционный анализ).
4. Осознание "Ответственности" и "Права", как в контингенте заключенных и бывших заключенных, так и в среде сотрудников, членов семьи и по возможности - в обществе.
5. Урегулирование конфликтных ситуаций путем фасилитаторской активности и разрядки напряженных ситуаций.

В. Арт - терапия (Терапия искусством)

Основные цели и задачи арт - терапии:

1. Выявление скрытых психологических проблем личности.
2. Освобождение от аффективных переживаний.
3. Трансформация агрессивной энергии в созидательное русло. Психо - эмоциональная разгрузка.
4. Развитие культуры личности и облагораживание личности, выработка вкуса к искусству.
5. Развитие личности, развития представлений и возможностей в будущем.

Методы арт - терапии: Рисование и работа с глиной; Танцевальная терапия и групповая работа группы самодеятельности; Библиотерапия - ознакомление и обсуждение литературных, психологических и религиозных произведений, музыкальная терапия, просмотр фильмов с последующим обсуждением при участии психолога и т.д.

Г. Медицинская реабилитация

1. Выявление медицинских проблем заключенных и консультирование различными специалистами, в первую очередь, психиатром и неврологом и врачом общего профиля.
2. В случаях необходимости обсуждения данных проблем с мед. персоналом колоний и Медицинским Департаментом Министерства Юстиций для оказания дальнейшей требующей специализированной помощи.
3. В случаях с бывшими заключенными при необходимости будут рекомендованы для оказания специализированной помощи по возможности и при обсуждений с Министерством Здравоохранения на бесплатное лечение (случай туберкулеза, онкологические заболевания, психические расстройства требующие стационарного лечения, заболевания требующие хирургических вмешательств, в случаях наркомании и алкоголизма также будут обсуждаться вопросы стационарного лечения с Министерством Здравоохранения и другими правительственными и неправительственными структурами).
4. Физиотерапия и медицинский массаж, что особенно важно при реабилитации жертв пыток и лиц с отдельными хроническими заболеваниями.
5. Занятия различными видами спорта и лечебная физкультура для поддержания формы и реабилитации.

3. Социальная Реабилитация

Основные Цели и Задачи:

1. Выявление и помощь в разрешении социальных проблем заключенных и бывших заключенных.
2. Активирование сферы интересов и помощь в реализации созданных инициатив: различного рода программ для оказания дальнейшей помощи по трудоустройству.
3. Организация и проведение тренингов для сотрудников колоний для выработки правильных взаимоотношений с заключенными.
4. Создание групп взаимопомощи среди заключенных и бывших заключенных и помощь в функционировании этих групп (в формировании клубов, инициатив по малому бизнесу и т.д.).
5. Оказания помощи для усвоения новых профессиональных навыков, которые после освобождения помогут в трудоустройстве, например: Компьютерный Класс и Класс изучения иностранного языка и т.д.
6. Подготовка учебных программ в Подростковой Колонии и фасилитаторская активность в устройстве этих детей в существующих детских домах после освобождения, такая же фасилитаторская активность будет осуществляться с Церковными деятелями.
7. Адвокатура по мониторингу и в случаях нарушения прав данного контингента, с последующим активным включением бывших заключенных в программах по адвокатуре заключенных и в различных движениях по защите прав человека.
8. В случае необходимости будет проведено юридическая консультация клиента.

9. Содействие в укреплении связи с семьей и с обществом в целом, с этой целью проведение различных социальных акций (концерты, выставки и т.д.) с активным участием данного контингента, членов их семей и общественности.
10. Содействие и помощь в контактах с религиозными учреждениями с учетом индивидуального вероисповедания.
11. С целью декриминализации, особенно для женщин и детей вращающихся до заключения в криминальной среде, с перспективой возвращения в ту же среду после освобождения, создание домов - пристанищ при системе реабилитации.

4. Горячая Линия

Цели и задачи

1. Выявление нарушений прав человека в тюрьмах и в колониях.
2. Выявление неотложных кризисных ситуаций и проблем данного контингента.
3. Неотложная медико - психо - социальная консультация.

III. Основополагающие принципы работы центра

1. Достижение взаимодовверительного, доброжелательного контакта, для этого важно:

- А) Умение сопереживать и толерантность.
- Б) Умение слушать.
- В) Высокая терпимость.
- Г) Полная конфиденциальность.

2. Свобода выбора

- А) Свободное включение в реабилитационную работу.
- Б) Свободный выбор мероприятия.
- В) При желании анонимное включение в работу центра.
- Г) Свободный выбор терапевта, осуществлению которого способствует комплексный характер реабилитационных мероприятий и наличие мультидисциплинарной группы специалистов.

3. Полная информированность

Включает:

Полную информированность заключенных или бывших заключенных о назначении и цели реабилитационных мероприятий.

4. Основной подход к данному контингенту

- А) Равноправные отношения "Клиент - терапевт", основанный на принципах Эрика Берна "Взрослый - взрослый".
- Б) Экзистенциальный подход, что подразумевает разатаждествление "Криминала" и "Личности".

IV. Рабочая, мультидисциплинарная группа

Исходя из комплексного подхода к проблемам реабилитации данного контингента необходимо создание мультидисциплинарной группы для работы в системе реабилитации данного контингента, которая будет включать следующих профессионалов различных профилей:

- Врач психиатр
- Врач психотерапевт
- Врач общего профиля

- Врачи консультанты: невролог и т.д. в соответствии потребностям
- Врач физиотерапевт
- Массажист
- Специалист по лечебной физкультуре
- Психолог, с навыками в сфере разрешения конфликтов
- Арт - терапевт
- Социальный работник с навыками в сфере защиты прав заключенных и в целом прав человека
- Юрист - консультант
- Учителя для различных, особенно детских образовательных программ.

Особенно важно, чтобы специалисты мультидисциплинарной группы принадлежали гражданским службам и были в подчинении только независимой реабилитационной службы.