**МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН РГКП РГКП «ЦЕНТР СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ»**

**МЕТОДИКА**

**КОМПЛЕКСНОГО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО И ПСИХОЛОГО­ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЛУЧАЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ, УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ С ЧЕЛОВЕКОМ. ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПЫТОК (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ СТАМБУЛЬСКОГО ПРОТОКОЛА)**

**(шифр специальности методики 23.1, 29.1)**

**АЛМАТЫ, 2017**

**Паспорт методики судебно-экспертных исследований**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Наименование методики | Методика комплексного судебно-медицинского и психолого-психиатрического экспертного исследования в случаях применения пыток и других жестоких, бесчеловечных, унижающих достоинство видов обращения с человеком. Физические и психологические доказательства пыток (согласно рекомендациям Стамбульского протокола) |
| 2. Шифр специальности методики | 23.1, 29.1 |
| 3. Информация о разработчиках методики | Составители: врачи, эксперты-психиатры, к.м.н. Загитова Ж.Б., к.м.н. Бабыкпаева А.Т., специалист-психолог, магистр психологии Кудайбергенова А.Ж.,врач - судебно-медицинский эксперт Хасанов Р.М. |
| 4. Сущность методики | Алгоритм проведения судебно-медицинской и психолого-психиатрической экспертиз при расследовании фактов пыток |
| 4.1. Экспертные задачи, решаемые методикой | Установление характера физических и психологических доказательств пыток или их отсутствия. |
| 4.2. Объекты исследования | Живые лица, материалы дела, медицинские документы, результаты лабораторных и клинических исследований; |
| 4.3. Методы исследования | 1. методы психиатрического (клинико­психопатологического) экспертного исследования;
2. методы психологического исследования,
3. визуальный осмотр;
4. метод измерений;
5. дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
6. исследование предоставленных документов и материалов дела
 |
| 4.4. Краткое поэтапное описание методики | 1. Изучение представленных материалов (постановление, материалы дела, медицинские документы);
2. Исследование свидетельствуемого лица врачами судебно-медицинскими экспертами: проведение опроса, сбор медицинского анамнеза, осмотр;
 |

**2**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Исследование свидетельствуемого лица врачами экспертами-психиатрами: проведение опроса, сбор медицинского анамнеза, целенаправленная беседа;
2. Исследование свидетельствуемого лица психологами;
3. При необходимости проведение инструментальных методов исследования, забор биологического материала для проведения лабораторных исследований, направление в медицинские учреждения для обследования свидетельствуемого лица профильными медицинскими работниками клинических специальностей;
4. Исследование и изучение результатов и данных полученных при выполнении п. 5;
5. Определение характера повреждений, механизма и давности их образования, степени тяжести причиненного вреда здоровью, установление наличия или отсутствия психических (психологических) последствий пыток;
6. Совокупная оценка полученных данных для ответа на вопросы в представленном постановлении о назначении экспертизы.
 |
| 5. Сведения о дате рассмотрения и одобрения методики на совместном заседании Научно-­методического и Ученого советов Центра судебных экспертиз Министерства юстиции Республики Казахстан | Протокол №3 от «2-3» ноября 2017 г. |
| 6. Информация о составителях паспорта методики | врач - судебно-медицинский эксперт НИИ СЭ Хасанов Р.М. |

**3**

**Оглавление**

Введение 5

Основная часть 8

Заключение 57

Список использованных источников 58

**4**

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность разработки методики судебно-экспертного исследования: Стамбульским протоколом 9 августа 1999 года Управления верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека принято «Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» (далее - «Стамбульский протокол»). Согласно данным «Стамбульского протокола» несмотря на то, что международные нормы в области прав человека и международное гуманитарное право последовательно запрещают применение пыток при любых обстоятельствах, пытки и жестокое обращение практикуются более чем в половине стран мира. Это разительное несоответствие абсолютного запрета пыток и их повсеместного распространения в сегодняшнем мире свидетельствует о том, что государствам необходимо определять и осуществлять на практике эффективные меры по защите людей от пыток и жестокого обращения. Право человека не быть подвергнутым пыткам закреплено в международном праве. Прямой запрет пыток содержится во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах и в Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. В действующей «Методике экспертного исследования при расследовании фактов пыток» от 05 декабря 2016 года не учтены конкретные рекомендации «Стамбульского протокола». Вышеуказанные данные свидетельствуют об актуальности разработки данной методики.

**Практическая значимость темы исследования:** По даннымначальника Департамента специальных прокуроров Генеральной прокуратуры РК У. Патсаева, размещенным 13.07.2017г на официальном сайте Генеральной прокуратуры РК «В минувшем году в производстве спецпрокуроров находилось 223 дела о пытках. Из них на досудебной стадии прекращено 150 дел, все по реабилитирующим основаниям. В суд направлено 10 дел. Искоренение фактов пыток и других незаконных методов ведения следствия - одна из ключевых задач, стоящих перед спецпрокурорами. Поэтому дела о преступлениях, связанных с пытками, являются приоритетной категорией расследуемых нами дел».

Судебно-медицинские и психолого-психиатрические экспертизы подобного характера в случаях применения пыток в экспертной практике не редки, однако существующей «Методикой экспертного исследования при

**5**

расследовании фактов пыток» от 05 декабря 2016 года конкретные рекомендации «Стамбульского протокола» в полной мере не учтены. Наряду с этим в данной методике не учтены психолого-психиатрические критерии доказательств пыток или их отсутствия. Данный факт определяет практическую значимость введения методики судебно-медицинского экспертного исследования при расследовании пыток с учетом конкретных рекомендаций «Стамбульского протокола».

Цель методики: настоящая методика предназначена для проведения судебно-медицинского и психолого-психиатрического экспертных исследований живых лиц, в случаях возможного применения пыток с установлением объективных признаков пыток или их отсутствия.

**Задачи судебно-медицинского экспертного исследования по данной методике:**

1. Установление объективных признаков вреда здоровью с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и другие);
2. Определение их локализации и свойств, характеристик следообразующей части травмирующего предмета (предметов), механизма возникновения;
3. Определение давности (срока) причинения;
4. Установление вреда здоровью с указанием квалифицирующего признака;
5. Установление психологического расстройства у лиц, после возможного применения пыток;
6. Установление психического расстройства у лиц, после возможного применения пыток;

5. Совокупная оценка полученных данных судебно-медицинского и психолого-психиатрического исследований для ответа на вопросы в представленном постановлении о назначении комплексной экспертизы, в том числе при тех или иных обстоятельствах пыток.

**Объект и предмет исследования:**

Объекты исследования:

* Свидетельствуемые лица;
* Материалы дела, содержащие данные о применении пыток в отношении свидетельствуемого лица
* Медицинские документы;
* Результаты лабораторных и клинических исследований при наличии.

**6**

Предмет исследования: фактические данные, имеющие значение для

разрешения по делам о пытках, устанавливаемые на основе специальных знаний в области судебно-медицинской и психолого-психиатрической экспертиз.

**Методы исследования:**

1. методы психиатрического (клинико-психопатологического) экспертного исследования;
2. методы психологического исследования,
3. визуальный осмотр;
4. метод измерений;
5. дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
6. исследование предоставленных документов и материалов дела.

**7**

**ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ПЫТОК**

При производстве экспертизы в случаях применения пыток судебные эксперты руководствуются требованиями Уголовно-процессуального кодекса РК №231 от 04.07.2014 года (далее - УПК РК), Закона РК № 44-VI от

1. года «О судебно-экспертной деятельности» (далее - Закон), «Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы», утвержденными Приказом МЮ РК №484 от
2. года (далее - «Правила»), иных нормативных правовых актов в области судебной экспертизы, а также методик судебно-экспертных исследований, включенными в Государственный реестр методик судебно­экспертных исследований Республики Казахстан, в том числе данной методикой. Кроме того, судебные эксперты могут руководствоваться рекомендациями «Стамбульского протокола», которые не противоречат требований национального законодательства.

Согласно п.2 части 4 ст. 79 УПК РК эксперт не вправе самостоятельно собирать материалы для исследования.

В соответствии с п. 104 «Стамбульского протокола»: «Лицо, проводящее расследование, должно организовать медицинскую экспертизу предполагаемой жертвы. Особенно важно провести такую медицинскую экспертизу (освидетельствование) своевременно. Медицинскую экспертизу необходимо проводить независимо от того, сколько времени прошло с момента применения пыток, но если утверждается, что пытки имели место в пределах шести последних недель, то такое освидетельствование должно быть организовано в срочном порядке, пока не исчезли явные следы пыток. Экспертиза должна включать оценку потребности в лечении телесных повреждений или заболеваний, в психологической помощи, консультациях и последующих мерах. Всегда необходимо проводить психологическую экспертизу и оценку психологического состояния предполагаемой жертвы пыток, причем эти мероприятия могут проводиться в ходе физикального обследования, а в тех случаях, когда отсутствуют видимые следы, такие мероприятия могут проводиться самостоятельно».

Согласно ч.2 ст. 287 УПК РК, ч. 2 ст. 39 Закона заключение эксперта должно содержать обоснование и формулировка выводов по поставленным перед экспертом (экспертами) вопросам.

На основании вышеизложенного настоящая методика может быть применена в случае назначения комплексной судебно-медицинской и

**8**

психолого-психиатрической экспертизы, при наличии в постановлении (определения) о назначении экспертизы вопросов касательно установления как физических, так и психологических, психиатрических доказательств пыток.

B «Стамбульском протоколе» термин "пытка" употребляется в том же значении, что и в Конвенции Организации Объединенных Наций против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания 1984 года:

"... 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. B это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно".

Уголовный кодекс РК определяет пытки как умышленное причинение физических и (или) психических страданий, совершенное следователем, лицом, осуществляющим дознание, или иным должностным лицом либо другим лицом с их подстрекательства либо с их ведома или молчаливого согласия, с целью получить от пытаемого или другого лица сведения или признания либо наказать его за действие, которое совершило оно или другое 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.

В рамках данного определения с учетом ст. 271 УПК РК назначение судебной экспертизы является обязательным в случаях определения характера и степени тяжести причиненного вреда здоровью, психического или физического состояния лица в случаях, когда возникают сомнения по поводу их способности правильно воспринимать обстоятельства, а также необходимости определения иных обстоятельств дела, которые не могут быть достоверно установлены другими доказательствами.

Согласно «Правилам», под вредом здоровью понимают нарушение анатомической целости органов (тканей) или их физиологических функций (телесные повреждения), либо заболевания или патологические состояния,

**9**

возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психогенных, а также последствия, возникшие в результате дефектов оказания медицинской помощи, приведшие к расстройству здоровья или наступлению смерти.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10) психическое расстройство (ментальное расстройство, психическое заболевание, душевная болезнь - состояние психики, отличное от нормального, здорового.

В соответствии с п. 71 «Стамбульского протокола» у экспертов, учитывая характер взаимоотношений с обследуемыми лицами, существует обязанность, как правило, докладывать о результатах своих экспертиз, излагая конкретные факты. B таких ситуациях у пациента меньше прав и свободы выбора, и он может иметь меньше возможностей открыто говорить о том, что произошло. Перед тем как приступить к проведению экспертизы, судебно-медицинские эксперты должны разъяснить пациентам свою роль и прямо заявить о том, что сохранение врачебной тайны при этом, в отличие от нормальных отношений между врачом и пациентом, обычно не предусматривается. Согласно соответствующим правилам, пациент может не иметь права отказаться от экспертизы, однако он всегда может выбрать, раскрывать ли причины полученных повреждений. В связи с этим необходимо получение информированного согласия на проведение экспертизы от обследуемого лица с предварительным разъяснением целей, задач, методов проведения данной процедуры, возможных положительных и негативных последствий.

Для оформления заключения комплексной судебно-медицинской и психолого-психиатрической экспертизы в случаях пыток, должна использоваться стандартная форма заключения судебных экспертов, которая должна соответствовать требованиям ст. 287 УПК РК, ст.39 Закона.

Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы регламентируется ст. 278 УПК РК, ст. 35 Закона.

Согласно ст. 51 Закона производство судебно-психиатрической экспертизы осуществляется в условиях конфиденциальности.

Судебно-медицинские эксперты в обязательном порядке должны обеспечивать фотографирование телесных повреждений или их последствий, и составить приложение - фототаблицу к заключению экспертиза. Фотографии повреждений лиц, которые утверждают, что подвергались пыткам, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению, выполняются в цвете, с использованием масштабной линейки или других средств, которые указывают масштаб фотографий и дату снимков.

**10**

1. **ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Целью судебно-медицинского исследования является установление объективных признаков вреда здоровью с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и другие), их локализации и свойств, характеристик следообразующей части травмирующего предмета (предметов), механизм возникновения, давность (срок) причинения, вред здоровью с указанием квалифицирующего признака.

Заключение экспертизы в случаях применения пыток должно содержать:

* результаты опроса потерпевшего, о фактах которых имеют отношение к пыткам, а также описание состояния здоровья потерпевшего о фактах, предшествующих применению к нему пыток (Сбор информации и медицинского анамнеза);
* данные непосредственного обследования потерпевшего, основанные на тщательном осмотре (Обследование физического состояния);
* при наличии и необходимости результаты обследования данного лица врачами других клинических специальностей, результаты лабораторных и клинических исследований (Специальные диагностические исследования);
* выводы о наличии у потерпевшего объективных признаков вреда здоровью с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и другие), их локализации и свойств, характеристик следообразующей части травмирующего предмета (предметов), механизм возникновения, давность (срок) причинения, вред здоровью с указанием квалифицирующего признака; выводы, указывающие на степень соответствия тех или иных способов пыток, указанных в постановлении о назначении экспертизы, либо отмеченных самим свидетельствуемым в ходе опроса и выявленных объективных данных - имеющихся телесных повреждений (Формулировка выводов).
1. **Порядок сбора информации и медицинского анамнеза**

Обследование свидетельствуемого начинается с опроса, в ходе которого свидетельствуемый сообщает общие данные (возраст, род занятий, и т.д.), далее выясняются обстоятельства о времени и обстоятельствах получения повреждений, обстоятельствах применения к нему пыток.

**11**

В соответствии с «Руководящими принципами проведения медицинской экспертизы в отношении пыток и жестокого обращения» приложения IV «Стамбульского протокола» в ходе проведения опроса в рамках проведения судебно-медицинского исследования рекомендуется выяснять предшествующий медицинский анамнез, обзор предыдущих медицинских экспертиз в отношении пыток и жестокого обращения, психосоциальный анамнез до ареста, обстоятельства ареста, рассказ в произвольной форме о жестоком обращении или пытках (в каждом месте содержания под стражей), методы пыток. Далее указываются все имеющиеся в настоящее время жалобы в форме физических симптомов, острого или хронического характера; для каждого симптома указывается степень выраженности, частота и продолжительность.

При опросе свидетельствуемого рекомендуется, чтобы его рассказ носил свободный характер, уточняющие вопросы не должны быть наводящими.

1. **Обследование физического состояния**

Осмотр потерпевшего экспертами: включает в себя исследование объективного состояния по системам и органам по результатам наружного осмотра, при необходимости пальпации, перкуссии и аускультации. Патологические изменения, обнаруженные при осмотре пациента, подробно описываются. Физический осмотр потерпевшего осуществляется последовательно, по анатомо-физиологическим областям и системам, начиная с общего осмотра:

1. Общий внешний вид;
2. Кожный покров;
3. Лицо и голова, включая осмотр глаз, ушей, носа, горла, ротовой полости и зубов
4. Грудная клетка и живот;
5. Костно-мышечная система;

6. Мочеполовая система;

7. Центральная и периферическая нервные системы.

Локальные изменения - необходимо исследовать и подробно описать все повреждения, обнаруженные на теле пациента. При описании повреждений не допускается замена их морфологических характеристик общими выражениями или диагнозами (например, ушибы мягких тканей, входное/выходное отверстие, резаная рана и т.д.). В клинико- морфологическом отношении механические повреждения подразделяются на

**12**

следующие виды: ссадины, кровоподтеки, раны, переломы, разрывы

внутренних органов. Морфологические особенности этих повреждений позволяют определить признаки (свойства) травмирующего предмета, механизм образования повреждений, давность их образования и т.д. Если до экспертизы (освидетельствования) повреждение подвергалось хирургической обработке, необходимо через лицо, назначившее экспертизу, запросить у лечащего врача медицинские документы (протокол допроса) с подробным описанием его размеров и характера до проведения медицинской манипуляции. Эти сведения обычно фиксируются в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного. Время нанесения повреждения определяют по тем изменениям, которые наблюдаются в тканях в процессе заживления повреждения. Точность определения давности повреждения в первую очередь зависит от времени освидетельствования. Чем раньше произведено освидетельствование, тем более точно может быть определена давность повреждения. Для дальнейшего судебно-медицинского определения тяжести нанесенного вреда здоровью и решения вопросов, поставленных органом расследования повреждения, фиксируются, обязательно соблюдая стандартную схему их описания. Стандартная схема описания внешних повреждений состоит из следующих разделов:

а) описание наружных повреждений требует обязательного указания следующих признаков: точное месторасположение повреждения

(фиксируется анатомическая область и ее поверхность, расположение по отношению к пограничным анатомическим зонам); тип повреждения (кровоподтеки, ссадины, раны и т.д.); форма повреждения (сравнивается с геометрическими фигурами, если форма не подлежит сравнению, то указывается неправильная форма); направление повреждения по отношению к серединной линии тела (органа, кости); размер повреждения (длина, ширина и глубина отдельно) в сантиметрах; цвет повреждения и прилежащие области; характер поверхности повреждения (рельеф, цвет, наличие и соотношение струпа ссадины относительно неповрежденных участков кожи); характер краев, концов, стенок и дна раны, наличие или отсутствие кровотечения и его степень, признаки заживления ран; наличие различных наложений или загрязнений (сажи, смазки, ржавчины, фрагментов ткани, стеклянных осколков и т.д.) на поверхности повреждения или в его глубине; состояние прилегающих тканей (отечность, гиперемия, загрязнение и т.д.). Также в целях выявления травматического агента необходимо осмотреть повреждения на наличие морфологических особенностей, которые отражают форму, поверхностный характер и другие важные свойства повреждающего объекта;

**13**

б) в случае формирования рубцов определить и записать локализацию, форму, размеры, цвет, плотность на ощупь, подвижность, следы хирургических швов, уровень расположения по отношению к неповрежденной коже.

***Пытки сексуального характера, включая изнасилование***

В случаях применения пыток сексуального характера в отношении потерпевших при необходимости применяется соответствующая методика, включенная в Государственный реестр методик судебно-экспертных исследований Республики Казахстан:

* Методика экспертного исследования лица женского пола для установления признаков насильственного полового сношения (изнасилования);
* Методика экспертного исследования несовершеннолетнего ребенка женского пола для установления признаков развратных действий;
* Методика экспертного исследования лица мужского пола для установления признаков мужеложства при половых преступлениях;
* Методика экспертного исследования лиц женского пола для установления признаков лесбиянства, в случаях половых преступлений;
* Методика экспертного исследования лица женского пола для определения половой неприкосновенности;
* Методика экспертного исследования потерпевших,

подозреваемых и других лиц для установления признаков заражения ВИЧ-инфекцией;

* Методика экспертного исследования потерпевших,

подозреваемых и других лиц для установления признаков заражения венерической болезнью и другие;

В соответствии с п. 221 «Стамбульского протокола» физикальное обследование не рекомендуется начинать с области половых органов. Следует отметить любые аномалии. Особое внимание нужно уделить тщательному обследованию кожного покрова на предмет выявления повреждений, которые могут быть следствием насилия. K ним относятся ушибы, рваные раны, кровоподтеки и петехии от засосов или укусов. Такой осмотр поможет пациенту в большей мере расслабиться для полного

**14**

обследования. Если повреждения половых органов минимальны, то наиболее существенным доказательством насилия могут быть повреждения других частей тела. Во время обследования женских половых органов даже непосредственно после изнасилования выявляемые повреждения наблюдаются менее чем в 50 процентах случаев. Анальное обследование мужчин и женщин после анального изнасилования позволяет выявить повреждения менее чем в 30 % случаев. Очевидно, что, если во время пыток во влагалище или в задний проход вводились сравнительно крупные предметы, вероятность выявления повреждений существенно выше.

1. **Специальные диагностические исследования**

Согласно п. 233 «Стамбульского протокола» диагностические исследования не являются обязательной частью клинической экспертизы состояния лица, заявляющего о том, что оно подверглось пытке. В многих случаях достаточно собрать медицинский анамнез и провести физикальное обследование. Однако есть обстоятельства, когда такие исследования являются ценным дополнительным доказательством, например, в случае возбуждения дела против представителей властей или подачи иска о компенсации. В этих случаях положительный результат исследования может определить исход судебного разбирательства.

***Общие требования к проведению диагностических исследований***

* При необходимости и с согласия свидетельствуемый может быть направлен на обследование в лечебно-диагностическую организацию для проведения консультаций, клинического и инструментального обследований;
* Если возникает необходимость проконсультировать лицо, подвергаемое экспертизе у врача-специалиста, работающего в другом учреждении здравоохранения, на имя лица назначившего проведение экспертизы, направляется соответствующее ходатайство;
* Полученные медицинские документы, их содержание и результаты обследований должны быть отражены в заключении эксперта;
* Если необходимые медицинские документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о предоставлении соответствующих материалов;
* Любой клинический диагноз проверяется на аргументированность объективными клиническими и лабораторными данными и только на этой основе подвергается судебно-медицинской оценке.

**15**

1. **ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО**

**ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **Общие соображения**

Важно признать, что не у каждого, кто стал жертвой пытки, развиваются поддающиеся диагностике психические заболевания. Тем не менее многие жертвы испытывают сильное эмоциональное волнение и психологические симптомы. Основными психическими расстройствами, связанными с пыткой, являются посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и глубокая депрессия. Эти расстройства встречаются среди населения в целом, но они значительно более распространены среди людей, переживших травмы. Культурные, социальные и политические последствия пытки для каждого человека уникальны, и они влияют на его или ее способность описать пытку и рассказать о ней. Эти последствия являются важными факторами, способствующими психологическому и социальному воздействию пытки, и должны учитываться при оценке состояния лица, представляющего другую культуру. Исследования, проводящиеся в рамках нескольких культур, свидетельствуют о том, что феноменологические или описательные методы являются наиболее рациональными при попытке дать оценку психологическим или психиатрическим расстройствам.

То, что в рамках одной культуры считается расстройством поведения или заболеванием, в рамках другой культуры может не считаться патологией. Со времени Второй мировой войны удалось многого достичь в понимании психологических последствий насилия. У лиц, переживших пытки и другие виды насилия, были отмечены и документально зафиксированы определенные психологические симптомы или группы симптомов.

В последние годы диагноз посттравматического стрессового расстройства ставится все большему числу людей, страдающих от применения самых разнообразных видов насилия. Однако в рамках не западных культур полезность этого диагноза еще не установлена. Тем не менее есть доказательства, позволяющие предполагать наличие высокого уровня посттравматического стрессового расстройства и депрессивных симптомов среди травмированных групп беженцев различного этнического и культурного происхождения. Полезную информацию содержит исследование депрессии в разных культурах, проведенное Всемирной организацией здравоохранения. Несмотря на то, что некоторые симптомы могут встречаться в различных культурах, они могут не относиться к симптомам, имеющим для человека наибольшее значение.

**16**

1. **Психологические последствия пыток.**

**Распространенные психологические реакции.**

1. Повторное переживание травмы

Жертва может мысленно возвращаться к прошлым событиям или страдать от навязчивых воспоминаний, в которых она вновь переживает травмирующее событие, даже если данное лицо бодрствует и находится в сознании, либо испытывать повторяющиеся ночные кошмары, включающие элементы этого события в их подлинной или символической форме. Душевная боль, вызываемая всем, что символизирует перенесенную травму или напоминает о ней, часто проявляется в виде недоверия и страха перед лицами, наделенными властью, включая врачей и психологов. В странах или в ситуациях, в которых к нарушениям прав человека причастны власти, недоверие и страх перед представителями власти не следует считать патологией.

1. Избегание и эмоциональная заторможенность
* Стремление избежать любой мысли, разговора, деятельности, места или человека, которые пробуждают воспоминания о перенесенной травме.
* Глубокая эмоциональная скованность.
* Глубокая личная отчужденность и социальная отстраненность.
* Неспособность вспомнить тот или иной важный аспект травмы.
1. Перевозбуждение
* Проблемы с засыпанием или сном.
* Раздражительность или вспышки гнева.
* Трудности с концентрированием внимания.
* Чрезмерная подозрительность, усиление реакции вздрагивания.
* Общее беспокойство.
* Учащенное дыхание, потливость, сухость во рту или головокружение и желудочно-кишечные расстройства.
1. Симптомы депрессии

Могут отмечаться следующие симптомы депрессии: подавленное настроение, эмоциональная анестезия (заметное снижение интереса к активной деятельности или получаемого от нее удовлетворения), расстройство аппетита или потеря веса, бессонница или повышенная сонливость, психомоторное возбуждение или заторможенность, усталость и упадок сил, чувство никчемности и непомерной вины, затруднения в сосредоточении внимания, концентрации или воспроизведении по памяти, мысли о смерти, возникновение идеи самоубийства или попытка самоубийства.

**17**

1. Нарушенная самооценка и ограниченная перспектива

Жертва субъективно считает, что ей нанесен невосполнимый ущерб и что ее личность претерпела необратимые изменения. Он или она воспринимают будущее в ограниченной перспективе - без надежды на карьеру, брак, детей или нормальную продолжительность жизни.

1. Диссоциация, деперсонализация и нетипичное поведение.

 Диссоциация - это разрушение целостности сознания, самовосприятия, памяти и поступков. Человек может не помнить об определенных поступках или не осознавать их либо чувствовать раздвоение личности, как бы наблюдая за собой со стороны. Деперсонализация - это ощущение отчужденности от самого себя или собственного тела. Проблемы, возникающие в области контролирования импульсов поведения, приводят к поступкам, которые перенесший пытки человек считал бы весьма нетипичными для своей личности до причинения травмы. Лицо, ранее проявлявшее осторожность, может своим поведением подвергать себя риску.

1. Соматические симптомы

Среди перенесших пытки распространены соматические симптомы, например, боль, в том числе головная, или другие физические недомогания, независимо от того, имеют ли они объективные основания. Боль может быть единственным явным симптомом, менять локализацию и испытываться с различной интенсивностью. Соматические симптомы могут быть вызваны непосредственно физическими последствиями пытки или иметь психологическую природу. Например, боль любого рода может быть прямым физическим следствием пытки или иметь психологическую причину. K типичным соматическим симптомам относятся боль в спине, костномышечная боль и головные боли, часто от травм головы. Головные боли весьма характерны для лиц, переживших пытки, и часто приводят к хроническим посттравматическим головным болям. Они также могут быть вызваны либо усилены напряжением или стрессом.

1. Сексуальные расстройства

Сексуальные расстройства характерны для лиц, переживших пытки, в частности для тех из них, кто подвергся сексуальной пытке или изнасилованию, но не только для них (см. главу V, раздел D.8).

Однако, не всегда это связано с переживаем пыток, а могут изначально иметь место специфические расстройства личности, к которым отнесены тяжелые расстройства личности и выраженные отклонения в поведении индивида, не являющиеся прямым следствием заболевания, повреждения или другого острого поражения головного мозга либо других психических нарушений.

**18**

Обычно эти расстройства охватывают несколько сфер личности; почти всегда они тесно связаны с выраженными личными страданиями и социальным распадом. Эти расстройства обычно проявляются в детстве или подростковом возрасте и продолжаются в течение дальнейшей жизни. Диагностические указания:

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием головного мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющим критериям:

1. Заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям, в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;
2. Хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
3. Аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
4. Вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;
5. Расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;
6. Обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продукции.

Расстройства половой идентификации включены в МКБ- 10 под шифром F 64-66.9.

1. Отвращение к лицам противоположного пола или снижение интереса к половой активности;
2. Страх перед половой активностью, связанный с тем, что сексуальный партнер может узнать, что данное лицо подверглось сексуальному насилию, или боязнь того, что был причинен ущерб в половой сфере. Возможно, лица, применявшие пытку, прибегали к подобным угрозам и вселили страх перед гомосексуализмом мужчинам, подвергшимся анальному изнасилованию. У некоторых гетеросексуальных мужчин во время насильственного анального полового сношения происходит эрекция, а иногда и эякуляция. Их следует заверить в том, что это лишь физиологическая реакция;

**19**

1. Неспособность доверять сексуальному партнеру;
2. Нарушение полового возбуждения и нарушение эрекции;
3. Болезненные ощущения при половом сношении у женщин или бесплодие вследствие приобретенного заболевания, передаваемого половым путем, непосредственной травмы репродуктивных органов или не квалифицированно выполненных абортов при беременности после изнасилования.
4. Психоз

Возникновению психоза способствуют причины, имеющие разнообразные характеристики. Причины психоза в первую очередь классифицируют по внутренним и внешним факторам. Наличие внешних факторов приводит к развитию экзогенного типа психоза. Внешними источниками психоза считаются: разнообразные инфекции (грипп, сифилис, тиф, туберкулез и так далее), алкогольная и наркотическая зависимость, яды промышленного происхождения, любой стресс либо травма психологического характера. Лидером внешних причин является алкоголь, его злоупотребление выливается алкогольным психозом.

Внутренние факторы, которые влияют на развитие психоза, приводят к проявлению эндогенного типа психоза. Источниками данного типа преимущественно являются нарушенные функции нервной системы и разбалансировка эндокринной системы. Эндогенный психоз тесно связан с изменениями возрастного характера, происходящими в организме, так называемый старческий психоз. Он развивается вследствие гипертонических процессов, при поражении сосудов мозга атеросклерозом и при шизофрении. Отличие эндогенного психоза - продолжительность и возможность повтора. Данный психоз вызывает сложное состояние, при котором проблематично установить истинные причины его возникновения. Иногда первоисточник может крыться во внешних факторах, а затем он дополняется внутренними проблемами. Старческие психозы требуют выделения в отдельную группу. Как правило, они проявляются не раньше 60 лет нарушениями эндоморфного характера и состоянием помутнения сознания, но без развития полного слабоумия.

Психоз может протекать в реактивной и острой формах. К реактивной форме относят психозы, протекающие в виде временных обратимых расстройств, имеющих психический характер и возникающих из-за каких- либо травм психического типа. Острая форма психоза возникает внезапно и развивается стремительно. Толчком к развитию может послужить любая неожиданная весть, например, о смерти близкого родственника либо утрате

**20**

чего-нибудь. Наблюдения показывают, что психозу в большей степени подвержены женщины, чем мужчины и это не зависит от расы и материального положения.

Симптомы психоза: богатая психика человека даёт возможность психозу для безграничного проявления. К основным симптомам болезни можно отнести галлюцинации, возникновение бредовых идей, расстройства двигательного характера и расстройства настроения. Галлюцинации бывают слухового, обонятельного, зрительного, тактильного и вкусового типа. Их проявления бывает в простом (оклик, звонок) и сложном (речь) виде. Наиболее распространены галлюцинации слухового характера в виде голосов, звучащих в голове больного или доносящихся извне.

Идеи бредового содержания составляют суждения и заключения, которые не соответствуют реальности. Они полностью захватывают сознание больного, при этом разубедить его или разъяснить ему что-либо невозможно. Наиболее часто встречаются бредовые идеи о преследовании (слежка, интриги), о негативном воздействии (спецслужбы, инопланетяне, порча и так далее), о причинении ущерба (выживание из квартиры, кража вещей, отравленная еда), о страшной смертельной болезни. Иногда встречается бред величия, ревности, любовный и так далее.

Расстройства двигательных функций проявляются заторможенностью (ступором), когда больной долго сохраняет одну позу, малоподвижен, его взгляд направлен в одну точку, он не отвечает на поставленные вопросы и перестает есть. Другая сторона двигательных расстройств - пребывание больного в состоянии возбуждения, когда он постоянно находится в движении, говорит без остановки, иногда строит гримасы, передразнивает собеседника, возможно, агрессивен, может совершить немотивированный поступок.

Расстройства в настроении больного выражаются состояниями депрессивного либо маниакального характера. Депрессию можно заметить по сниженному настроению, проявленному в виде тоски, подавленности, заторможенности умственных способностей, пессимистической оценке прошлого и будущего, суицидальными мыслями. Маниакальность состояния оценивается по беспричинно повышенному настроению, по ускорению мышления и быстроте движений, по планированию нереальных (фантастических) перспектив, по отсутствию сна, по злоупотреблениям чего- либо.

Человек в состоянии психоза меняется в поведении, эмоциональных проявлениях и мышлении. Подобные метаморфозы свидетельствуют об утрате способности реально воспринимать окружающий мир, на что влияет

**21**

полное отсутствии осознания, происходящего и невозможность оценивать свою измененную психику. Больные с измененным сознанием, находящиеся в угнетенном состоянии, сопротивляются лечению и госпитализации. Диагностика психоза: при постановке диагноза врач берет за основу особенности проявленных симптомов и характер динамики данного расстройства. Многие признаки психоза возникают в легкой форме ещё задолго до проявления заболевания и являются серьезными предвестниками болезни. Первые весточки психоза распознаются очень сложно. К ним относятся изменения в характере, когда человек проявляет излишнюю раздражительность, нервозность или беспокойство, у него расстраивается сон, пропадает аппетит, его вид можно описать как странный или необычный.

Признаком начинающегося психоза может быть изменение работоспособности, что выражается в спаде активности, причем в резком виде, пониженной устойчивости к стрессам, невозможности удерживать внимание. Могут поменяться ощущения: колебания настроения, появление страхов, депрессии из-за пустяков. Ещё один признак - изменение привычек, проявленных в изоляции, недоверии, проблемами в общении, полном уходе в себя. О начале психоза может говорить внезапная перемена интересов и восприятия (цвета, звуков).

Признаки душевного расстройства вызывают беспокойство у родственников больного, которые начинают подозревать шизофрению, хотя психоз имеет иные причины возникновения. Поэтому очень важно провести больному своевременное, тщательное обследование, во избежание тяжелых последствий, которые проявляются психотическим состоянием, инсультом и так далее. Реальную причину психоза выясняет квалифицированный психиатр с помощью сложных высокотехнологических методов.

Культурные и языковые отличия можно принять за симптомы психоза. Прежде чем признать кого-либо больным психозом, имеющиеся симптомы необходимо оценить в уникальном культурном контексте данного лица. Психотическая реакция может быть короткой или длительной, и соответствующие симптомы могут возникнуть в то время, когда данное лицо находится в заключении и подвергается пытке, или в последующий период. Возможны следующие проявления:

1. навязчивые идеи; которые могут быть как в структуре психического заболевания (хронического психического расстройства), так и при временных психических расстройствах (например, реактивных состояниях), а также в структуре невротических расстройств);

**22**

1. слуховые, зрительные, осязательные и обонятельные галлюцинации;
2. аномалии способности восприятия идей и поведения;
3. иллюзии или искаженное восприятие, которые могут принимать форму псевдогаллюцинаций и граничить с подлинным психотическим состоянием. Ложное восприятие и галлюцинации, возникающие у человека, когда он засыпает или просыпается, встречаются среди населения в целом и не свидетельствуют о психозе. Зачастую жертвы пыток заявляют, что время от времени они слышат пронзительные крики, что их окликают по имени или что они видят тени, однако у них нет ярко выраженных признаков или симптомов психоза;
4. паранойя и мания преследования;
5. повторное проявление психотических расстройств или резкая смена настроения с элементами психоза могут развиться у тех, кто в прошлом перенес психическое заболевание. Лица, которые в прошлом страдали маниакально-депрессивным синдромом, повторяющейся глубокой депрессией с элементами психоза, шизофренией или шизоаффективным синдромом, могут испытать приступ этого расстройства.

j) Злоупотребление алкоголем и наркотиками

У переживших пытки часто наблюдается вторичное злоупотребление алкоголем и наркотиками, что является способом стереть в памяти болезненные воспоминания, сдержать эмоциональную реакцию и унять тревогу.

k) Нейропсихологическое расстройство

Пытки могут причинить физическую травму, которая вызывает мозговые расстройства различной степени. Удары по голове, удушение и длительное недоедание могут вызвать долгосрочные неврологические и нейропсихологические последствия, которые, возможно, трудно оценить во время медицинского обследования. Как и во всех случаях мозгового расстройства, которые нельзя документировать с помощью сканирования головы или других медицинских процедур, нейропсихологическая оценка и тестирование могут быть единственным надежным способом документального отображения последствий. Часто симптомы, выявляемые в ходе такой оценки, в значительной мере совпадают с симптоматикой, вызываемой посттравматическим стрессовым расстройством и глубоким депрессивным расстройством. Колебания или недостаточность уровня сознания, ориентации, внимания, концентрации, памяти и координации могут быть вызваны как функциональными расстройствами, так и органическими причинами. Вследствие этого для проведения таких различий необходимо обладать специальными навыками в области

**23**

нейропсихологической оценки и сознавать проблемы в области применения механизмов нейропсихологической оценки у представителей различных культур.

1. Диагностическая классификация

Несмотря на то, что основные жалобы и наиболее часто наблюдаемые их проявления среди лиц, переживших пытки, весьма различны и связаны с индивидуальным жизненным опытом соответствующего лица и его или ее культурной, социальной и политической средой, экспертам необходимо ознакомиться с диагнозами расстройств, наиболее часто встречающимися у лиц, которые пережили пытки и травмы. Кроме того, нередко у одного человека наблюдается несколько психических расстройств, поскольку психические расстройства, связанные с травмой, часто встречаются одновременно. Наиболее общими симптомами, возникающими в результате пытки, являются различные проявления беспокойства и депрессии. Нередко изложенная выше симптоматика классифицируется в рамках таких категорий, как беспокойство и перепады настроения. Имеются две основные классификационные системы - Международная классификация болезней (МКБ-10)103, Классификация психических и поведенческих расстройств и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (ДСР-^)104. Для того чтобы составить полное представление о диагностических категориях, следует обратиться к МКБ-10 и ДСР-IV. B настоящем обзоре основное внимание уделяется наиболее распространенным диагнозам, связанным с травмой: посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), глубокой депрессии и стойким изменениям личности.

а) Депрессивные расстройства

Среди лиц, переживших пытки, депрессивное состояние встречается почти повсеместно. B контексте оценки последствий пытки проблематично утверждать, что ПТСР и глубокое депрессивное расстройство принадлежат к двум разным категориям заболеваний с четко различающимися этиологиями. K депрессивным расстройствам относятся глубокое депрессивное расстройство, протекающее в форме единичного приступа или периодически повторяющихся приступов. Депрессивные расстройства могут сопровождаться психотическими, кататоническими, меланхолическими или атипичными признаками, или протекать без них. B соответствии с ДСР-IV, для того чтобы поставить диагноз приступа глубокой депрессии, необходимо в течение двухнедельного периода наблюдать пять или более из нижеследующих симптомов, свидетельствующих об изменениях по

**24**

сравнению с предыдущим поведением (по крайней мере одним из этих симптомов должно быть подавленное настроение либо утрата интереса или способности радоваться): 1) подавленное настроение; 2) заметное снижение интереса или способности получать удовольствие во всех или почти во всех жизненных проявлениях; 3) потеря веса или изменение аппетита; 4) бессонница или чрезмерная сонливость; 5) психомоторное возбуждение или заторможенность; 6) усталость или упадок сил; 7) ощущение никчемности или чрезмерной либо беспричинной вины; 8) снижение способности думать или сосредоточиться; и 9) навязчивые мысли о смерти или самоубийстве. Для того чтобы можно было поставить такой диагноз, эти симптомы должны вызывать серьезное недомогание либо являться помехой социальной или профессиональной деятельности, не быть связанными с каким-либо физиологическим расстройством и не объясняться каким-либо иным диагнозом в соответствии с ДСР-IV.

Депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью. Депрессия - это аффективное расстройство, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Выделяют основные, дополнительные симптомы депрессии, а также симптомы соматизации (витализации) депрессивного аффекта:

Основные критерии (симптомы группы А) включают: • Снижение настроения по сравнению с присущей пациенту субъективной нормой, отмечающееся почти ежедневно большую часть суток, вне зависимости особенностей ситуации; • Снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от видов деятельности, обычно связанных с положительными эмоциями. Данный симптом принято обозначать термином «ангедония»; • Заметное, особенно со стороны окружающих, снижение активности, повышенная (выраженная) утомляемость, снижение физической

и, в особенности, психической работоспособности, хроническая усталость, мало связанная с внешними факторами («анергия»).

Рекомендуемые дополнительные критерии (симптомы группы Б) включают: • Снижение способности к сосредоточенности и вниманию; • Снижение самооценки и чувства уверенности в себе; • Идеи виновности и уничижения; • Мрачное пессимистическое видение будущего; • Идеи или действия по самоповреждению или суициду (повторяющиеся мысли о смерти, суициде или самоповреждении); • Нарушения сна различного типа

**25**

(ранние пробуждения или повышенная сонливость); • Утрата аппетита и соответствующее снижение веса тела (не менее 5% от общего веса за последний месяц).

Отдельно выделяются симптомы соматизации (витализации) депрессивного аффекта, которые играют вспомогательную роль. Регистрация данного симптомокомплекса не играет решающую роль в постановке диагноза депрессии, однако, в совокупности с основными и дополнительными симптомами, они подтверждают диагноз и в целом их наличие может свидетельствовать об усугублении депрессии, присоединении в ее течении помимо психологических и биологических механизмов (витализации).

Для регистрации синдрома соматизации необходимо отметить не менее 4 признаков из нижеперечисленных: • Выраженная утрата интереса к видам активности, ранее доставлявших удовольствие; • Отсутствие реакции на события или действия обычно вызывавших эмоциональный отклик, как негативный, так и позитивный; • Ранние пробуждения (на два и более часов раньше, чем обычно, после чего пациент не способен повторно заснуть); • Отчетливая психомоторная заторможенность, отмечаемая сторонними лицами; • Снижение настроения, более выраженное в утренние часы; • Потеря массы тела (не менее 5% за последний месяц), которую невозможно объяснить только алиментарными факторами (отсутствие аппетита, недостаточное потребление пищи вследствие как отсутствия аппетита, так из-за недостаточности побуждений - «трудно заставить себя даже подняться с постели и поесть»); • Отчетливое снижение либидо. •

Классификация по степени выраженности депрессии (МКБ-10).

Легкий депрессивный эпизод: Необходимо отметить два симптома из группы А (основные критерии) и два симптома из группы Б (дополнительные критерии), сохраняющихся на протяжении периода не менее двух недель непрерывно. Пациент испытывает затруднения в выполнении привычных видов деятельности и вынужден прилагать дополнительные волевые усилия для выполнения повседневных обязанностей в полном объеме. Пациент озабочен своим состоянием. Могут регистрироваться отдельные признаки соматизации.

Умеренный депрессивный эпизод: 2А + 3-4 Б на протяжении не менее 2 недель. Больные испытывают значительные затруднения в повседневной деятельности, однако полностью функционировать не прекращают. Как правило, регистрируются признаки соматизации аффекта, которые в сочетании с формирующейся социальной отгороженностью обусловливают значительные дифференциально-диагностические трудности.

**26**

Тяжелый депрессивный эпизод: 3А + 4 и более Б. Для диагностики тяжелого депрессивного эпизода сроки регистрации симптоматики сокращаются в связи с тяжестью симптоматики и опасностью суицида (менее 2 недель). Пациент не способен выполнять обычные виды повседневной деятельности. Выраженность соматизации аффекта достигает степени «витализации» (резкая потеря веса, полная утрата аппетита, обездвиженность, полное безразличие к окружающему, диз- или аменорея). Тяжелый депрессивный эпизод может протекать в двух вариантах: без или с психотической симптоматикой.

Последняя включает в себя: - бредовые идеи виновности, греховности, нигилистический бред и др.; - расстройства восприятия в форме галлюцинаторных расстройств (обвиняющие голоса, запахи тлена или гниения); - двигательные расстройства - заторможенность, вплоть до ступора, гораздо реже отмечается меланхолический раптус (неистовое возбуждение).

1. Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это диагноз, который чаще всего ассоциируется с психологическими последствиями пыток. Связь этого диагноза с пытками глубоко укоренилась в сознании работников здравоохранения, иммиграционных судов и осведомленных непрофессионалов. В итоге создалось ошибочное и упрощенное представление о том, что ПТСР является главным психологическим последствием пыток.

Определение ПТСР, содержащееся в ДСР-IV, во многом основано на наличии расстройств памяти, вызванных полученной травмой, например, навязчивых воспоминаний, ночных кошмаров и неспособности вспомнить важные аспекты травмы. Человек может оказаться не в состоянии точно вспомнить конкретные детали событий, связанных с пытками, но быть способным вспомнить основные моменты перенесенных пыток. Например, жертва может вспомнить, что ее несколько раз насиловали, но не сможет указать точные даты, место, где это происходило, и подробно описать окружавшую обстановку или насильников. При таких обстоятельствах неспособность вспомнить точные детали не вызывает недоверия к рассказу жертвы, а скорее подтверждает его достоверность. Основные моменты этого рассказа будут подтверждены при повторном опросе. Диагноз ПТСР в МКБ - 10 очень схож с диагнозом в ДСР-IV. Согласно ДСР-IV, ПТСР может быть острым, хроническим или замедленным. Симптомы должны наблюдаться в течение более одного месяца, и состояние беспокойства должно вызвать серьезное расстройство или нарушение функционирования организма. Для

**27**

того чтобы можно было поставить диагноз посттравматического стрессового расстройства, соответствующее лицо должно быть участником травмирующего события, связанного с риском для жизни жертвы или других лиц и вызывавшего сильный страх, состояние беспомощности или ужас. Страдания, связанные с этим событием, должны постоянно заново переживаться в одной или в нескольких из перечисленных ниже форм: навязчивые причиняющие душевную боль воспоминания о событии; постоянные мучительные сны, касающиеся этого события; поведение или ощущение, будто событие происходит вновь, включая галлюцинации, ретроспекции и иллюзии; сильное психологическое смятение при напоминании о событии и повторение физиологической реакции, имевшей место во время пыток, в ответ на стимулы, напоминающие или символизирующие определенные аспекты этого события.

Перенесший пытки человек постоянно демонстрирует, что он избегает раздражителей, ассоциирующихся с причинившим травму событием, или проявляет общее притупление реакций, о чем свидетельствуют, по крайней мере, три из следующих факторов:

1. стремление избегать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой;
2. стремление избегать поступков, мест или людей, которые напоминают о травме;
3. неспособность вспомнить тот или иной важный аспект события;
4. снижение интереса к важным видам деятельности;
5. отчужденность или отдаление от других людей;
6. ограниченность аффекта;
7. ограниченное восприятие перспективы.

Еще одной причиной для постановки диагноза ПТСР по ДСР-IV является постоянное наличие симптомов повышенной возбудимости, которых не было до травмы, о чем свидетельствуют по меньшей мере два из следующих факторов: проблемы с засыпанием или сном, раздражительность или вспышки гнева, трудности с сосредоточением внимания, чрезмерная подозрительность и чрезмерная реакция вздрагивания.

Симптомы ПТСР могут быть хроническими или изменяться на протяжении длительных периодов времени. В определенные периоды в клинической картине доминируют симптомы чрезмерного возбуждения и раздражительности. B это время переживший пытки обычно сообщает также об учащении навязчивых воспоминаний, ночных кошмаров и явлений ретроспекции. В другие периоды жертва может проявлять относительно немногочисленные симптомы или быть эмоционально скованной и

**28**

замкнутой. Необходимо учитывать, что, если диагностические критерии ПТСР не выявлены, это не означает, что пытки не применялись. В соответствии с МКБ-10 в некоторой доле случаев ПТСР может на протяжении многих лет протекать в хронической форме и постепенно перейти в устойчивое изменение личности.

с) Устойчивое изменение личности

После катастрофического или длительного чрезвычайного стресса у лиц, которые ранее не страдали личностными нарушениями, могут развиться нарушения личности взрослого человека. К видам чрезвычайного стресса, который может привести к изменению личности, относятся содержание в концентрационном лагере, стихийные бедствия, длительное пребывание в плену при непосредственной вероятности лишиться жизни или в ситуации, сопряженной с угрозой для жизни, например, став жертвой террора или пытки. B соответствии с МКБ-10 диагноз «стойкие изменения личности в рубрике F 62.0; 62.92» следует ставить лишь в тех случаях, когда есть доказательства определенного, существенного и устойчивого изменения системы восприятия, реагирования или суждения данного человека об окружающем мире и о себе самом, связанного с негибким и не способным к адаптации поведением, которое не наблюдалось до травмы. Этот диагноз исключает изменения, являющиеся следствием другого психического расстройства или остаточным симптомом любого имевшего место ранее психического расстройства, а также изменения личности и поведения в результате болезни, нарушения нормальной деятельности или повреждения головного мозга.

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0): после катастрофического или длительного чрезвычайного стресса у лиц, которые ранее не страдали личностными нарушениями, могут развиться нарушения личности взрослого человека. K видам чрезвычайного стресса, который может привести к изменению личности, относятся содержание в концентрационном лагере, стихийные бедствия, длительное пребывание в плену при непосредственной вероятности лишиться жизни или в ситуации, сопряженной с угрозой для жизни, например, став жертвой террора, насилия, пытки. B соответствии с МКБ-10 диагноз хронического изменения личности следует ставить лишь в тех случаях, когда есть доказательства определенного, существенного и устойчивого изменения системы восприятия, реагирования или суждения данного человека об окружающем мире и о себе самом, связанного с негибким и не способным к адаптации поведением, которое не наблюдалось до травмы. Этот диагноз исключает изменения, являющиеся следствием другого психического расстройства или

**29**

остаточным симптомом любого имевшего место ранее психического расстройства, а также изменения личности и поведения в результате болезни, нарушения нормальной деятельности или повреждения головного мозга. Для того, чтобы в соответствии с МКБ-10 установить диагноз хронического изменения личности после пережитого страдания, изменения личности должны сохраняться, по крайней мере, в течение двух лет после стресса, связанного с этим страданием. B МКБ-10 указывается, что стресс должен быть настолько сильным, чтобы "для объяснения его глубокого воздействия не было необходимости учитывать уязвимость конкретной личности". Такое изменение личности характеризуется враждебным или подозрительным отношением к окружающему миру, социальной замкнутостью, ощущением бесцельности или безнадежности, хроническим чувством "раздражения", как будто постоянно угрожает опасность, и отчужденностью.

Диагностические критерии хронического изменения личности после переживания катастрофы (F62.0):

А. Данные (из анамнеза или от ключевых информантов) об отчетливом и постоянном изменении типа личностного восприятия, образа взаимоотношений и оценки себя и окружения вслед за переживанием катастрофы (например, нахождения в концентрационном лагере, пыток, стихийного бедствия, продолжительного пребывания в опасной для жизни ситуации).

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустранимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих: 1. постоянная враждебность или

недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт; 2. социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает больной), что не обусловлено имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное); 3. постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы; 4. хроническое чувство существования "на грани" или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт; это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с

**30**

тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков; 5. постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

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

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

Стойкое изменение личности неуточненное F 62.9.

Для того, чтобы в соответствии с МКБ-10 установить диагноз устойчивого изменения личности после пережитого страдания, изменения личности должны сохраняться по крайней мере в течение двух лет после стресса, связанного с этим страданием. B МКБ-10 указывается, что стресс должен быть настолько сильным, чтобы «для объяснения его глубокого воздействия не было необходимости учитывать уязвимость конкретной личности». Такое изменение личности характеризуется враждебным или подозрительным отношением к окружающему миру, социальной замкнутостью, ощущением бесцельности или безнадежности, хроническим чувством «раздражения», как будто постоянно угрожает опасность, и отчужденностью.

1. Злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Медики отмечают, что у перенесших пытки часто в качестве вторичного проявления развивается злоупотребление алкоголем и наркотиками, для того чтобы подавить болезненные воспоминания, справиться с неприятными эмоциями и унять тревогу. Хотя известно, что ПТСР часто встречается параллельно с другими расстройствами, в систематических исследованиях редко затрагивается вопрос о злоупотреблении алкоголем и наркотиками со стороны жертв пыток. B работах о группах населения, страдающих от ПТСР, нередко рассматриваются и пережившие пытки лица, например беженцы, военнопленные и ветераны вооруженных конфликтов, что может способствовать пониманию этого вопроса. Исследования этих групп свидетельствуют о том, что распространенность злоупотребления алкоголем и наркотиками различна в зависимости от принадлежности к той или иной этнической или культурной группе. Бывшие военнопленные, страдающие от ПТСР, подвержены повышенному риску злоупотребления алкоголем и

**31**

наркотическими веществами, а среди ветеранов войны часто встречается сочетание посттравматического стрессового расстройства со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Подводя итоги, можно сказать, что существует значительный массив данных в отношении прочих групп населения, подвергающихся риску посттравматического стрессового расстройства, который свидетельствует о том, что злоупотребление алкоголем и наркотиками является возможным побочным диагнозом для лиц, переживших пытки.

е) Прочие диагнозы

Как явствует из перечня симптомов, приведенного в главе VI, раздел B, помимо посттравматического стрессового расстройства следует рассмотреть и другие диагнозы, например, глубокое депрессивное расстройство и устойчивое изменение личности (см. соответствующий раздел). B перечень других возможных диагнозов, который не является исчерпывающим, входят:

1. синдром общего беспокойства, характеризующийся чрезмерной тревогой и волнением по поводу ряда различных событии и видов деятельности, моторным напряжением и повышением автономной активности;
2. синдром паники, проявляющийся в виде повторяющихся и неожиданных приступов сильного страха или беспокойства, включая такие симптомы, как потение, удушье, дрожь, учащенное сердцебиение, головокружение, тошнота, озноб или приступообразные ощущения жара;
3. острый стрессовый синдром, имеющий в основном те же симптомы, что и ПТСР, но в отношении, которого диагноз ставится через месяц после воздействия травмирующего события;
4. психосоматические расстройства, характеризующиеся физическими симптомами, которые не могут быть отнесены на счет какого-либо заболевания;
5. маниакально-депрессивный синдром, характеризующийся маниакальными или гипоманиакальными приступами, сопряженными с приподнятым, экспансивным или раздраженным настроением, манией величия, снижением потребности в сне, скачкой идей, психомоторным возбуждением и ассоциированными психотическими явлениями;
6. расстройства вследствие общего состояния больного, часто в форме поражения головного мозга, вызывающего колебания или недостаточность уровня сознания, ориентации, внимания, концентрации, памяти и координации;
7. фобии, например, боязнь общения или открытого пространства.

**32**

Черепно-мозговая травма и психические нарушения. Черепно-мозговая травма и являющиеся ее следствием повреждение мозга и психические нарушения могут быть результатом различных видов травмы головы и нарушения обмена веществ, имевших место во время преследования, заключения и пыток. Они могут включать огнестрельные раны, последствия отравления, алиментарную дистрофию в результате голодания или насильственного приема внутрь вредных веществ, последствия гипоксии в результате удушения или погружения головы в воду

и, чаще всего, вызванной ударами по голове во время избиения. Последствия черепно-мозговых травм могут проявиться в виде органического расстройства личности, посткоммоционного синдрома, классифицируемых в рубрике F 07.

Органическое расстройство личности (F07.0).

Это расстройство характеризуется значительными изменениями привычного образа преобидного поведения. Особенно страдают выражение эмоций, потребностей и влечений. Познавательная деятельность может быть снижена в основном, или исключительно, в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества.

Выявляются общие критерии F07. 1. Значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и не быстро приводящей к успеху; 2) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия; 3) выражения потребностей и влечений могу возникнуть без учета последствий или социальных условностей; 4) когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей, или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой; 5) выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения, вязкость и гиперграфия; 6) измененное сексуальное поведение.

Посткоммоционный синдром (F07.2): Этот синдром возникает вслед за травмой головы (обычно достаточно тяжелой, с потерей сознания) включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудность в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушение памяти,

**33**

бессонница, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам или алкоголю.

1. Выявляются общие критерии F07. При данном расстройстве первый общий критерий не всегда может быть установлен. Б. Анамнестические сведения о травме головы с потерей сознания перед развитием симптоматики в период до 4 недель (объективные подтверждения поражению мозга могут отсутствовать).
2. Минимум три признака из числа следующих: 1) жалобы на неприятные ощущения и боли, такие как головная боль, головокружение (обычно без характеристик истинного вертиго), общее недомогание и повышенная утомляемость или непереносимость шума;
3. эмоциональные изменения, такие как раздражительность, эмоциональная лабильность (как легко провоцируемая, так и усиливаемая эмоциональным возбуждением или стрессом), некоторая степень депрессии и (или) тревоги;
4. субъективные жалобы на трудности сосредоточения внимания и при выполнении умственных нагрузок, а также на нарушение памяти (при отсутствии четких объективных данных, например, по психологическим тестам о выраженном нарушении) 4) бессонница; 5) снижение толерантности к алкоголю; 6) озабоченность вышеперечисленными симптомами и страх хронического поражения мозга до степени ипохондрических сверхценных идей, и принятия роли больного.
5. **Психологическая/психиатрическая экспертиза (комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза)**
6. Этические и клинические соображения

Психологическая экспертиза может обеспечить важные доказательства насилия над жертвами пыток по ряду причин: пытка часто вызывает разрушительные психологические симптомы, методы пыток зачастую рассчитаны на то, чтобы не причинять физических повреждений, а физические методы пыток могут оставлять следы, которые либо недостаточно очевидны, либо недостаточно специфичны.

Психологическая экспертиза обеспечивает полезные доказательства для судебно-медицинской экспертизы, рассмотрения заявлений о предоставлении политического убежища, установления условий, в которых могли быть получены ложные признания, понимания региональной практики применения пыток, выявления потребностей жертв в лечении; результаты экспертизы также применяются в качестве показаний при проведении расследований случаев нарушения прав человека. Общая цель

**34**

психологической экспертизы заключается в том, чтобы оценить степень соответствия сообщения того или иного лица о пытках психологическим данным, полученным в ходе экспертизы. Для этого экспертиза должна обеспечивать подробное изложение анамнеза соответствующего лица, обследование его психического состояния, оценку социальной активности и клинические выводы (см. главу III, раздел С и главу IV, раздел E). B случае необходимости должен быть поставлен психиатрический диагноз. Поскольку психологические симптомы столь распространены среди лиц, переживших пытки, настоятельно рекомендуется включать психологическую экспертизу в любую оценку последствий пытки.

При оценке психологического состояния и формулировании клинического диагноза всегда надлежит учитывать культурный контекст. Знание синдромов, характерных для определенной культуры, и идиоматических выражений душевного страдания на родном для пострадавших языке, с помощью которого передается информация о симптомах, имеет первостепенное значение для проведения опроса и формулирования клинических выводов и заключения. Если лицо, проводящее опрос, незнакомо или мало знакомо с культурой жертвы, то необходима помощь переводчика. В идеале переводчик, являющийся гражданином той же страны, что и жертва, знает язык, обычаи, религиозные традиции и другие верования, которые должны учитываться во время расследования. Опрос может вызвать у жертвы страх и недоверие и, возможно, напомнить ему или ей о допросах, которым он или она подвергались в прошлом. Для того чтобы уменьшить последствия повторного травмирования, медик должен дать понять опрашиваемому лицу, что он сознает меру его страданий, а также осведомлен о его культурных традициях. Неуместно соблюдать строгую «клиническую беспристрастность», которая используется в некоторых разновидностях психотерапии, когда врач не проявляет активности и мало говорит. Медик должен показать, что он или она являются союзником жертвы, применять подход, основанный на поддержке перенесшего пытки человека, и не давать оценки его поведению.

1. Ход опроса

Прежде чем приступить к опросу, врач должен подробно объяснить порядок его проведения (вопросы касаются психосоциального анализа перенесшего пытки, включая анализ пыток, а также его психологического состояния на настоящее время); это дает опрашиваемому лицу возможность подготовиться к сложной эмоциональной реакции, которую такие вопросы

**35**

могут спровоцировать. Опрашиваемый должен иметь право просить сделать перерыв, в любое время прекратить опрос или уйти, если напряжение становится невыносимым, договорившись о новой встрече позднее. Медики, задавая вопросы, должны проявлять внимание и сочувствие и в то же время сохранять объективность при вынесении клинической оценки. Тем не менее лицо, проводящее опрос, должно сознавать возможность своей реакции на личность пережившего пытки и на описание пыток, что может повлиять на восприятие проводящего опрос и принимаемые им решения.

Процедура опроса может напомнить жертве допрос во время пыток. Поэтому по отношению к врачу могут появиться сильные отрицательные эмоции, например, страх, ярость, отвращение, беспомощность, смущение, паника или ненависть. Медику следует учитывать проявление таких чувств и их причину и выказывать понимание сложного положения опрашиваемого. Кроме того, следует иметь в виду, что данное лицо может все еще подвергаться преследованию или притеснению. B случае необходимости следует избегать вопросов, касающихся запрещенной деятельности. Важно учитывать причины проведения психологической экспертизы, поскольку они определяют степень конфиденциальности, которую обязан соблюдать эксперт. Если каким-либо государственным органом в рамках судебного разбирательства запрашивается оценка достоверности сообщения того или иного лица о пытке, такое лицо необходимо уведомить о том, что это означает отмену соблюдения врачебной тайны в отношении всей информации, представленной в сообщении. Однако, если просьба о психологической экспертизе поступает от подвергавшегося пытке лица, эксперт должен соблюдать врачебную тайну.

Медики, осуществляющие экспертизу физического или психологического состояния, должны знать о возможной эмоциональной реакции, которую оценка тяжелой травмы может вызвать у опрашиваемого лица и у того, кто проводит опрос. Эти эмоциональные реакции проявляются как перенос аффекта и «встречный» перенос аффекта. Недоверие, страх, стыд, ярость и чувство вины - вот характерные реакции жертв пыток, в особенности, когда их просят изложить или вспомнить подробности причиненной им травмы. Перенос аффекта происходит применительно к чувствам потерпевшего к медику, относящихся к пережитому в прошлом, но ошибочно воспринимаемых потерпевшим как направленные на медика как личность. Кроме того, эмоциональная реакция врача на жертву пытки, известная как «встречный» перенос аффекта, может повлиять на психологическую оценку. Перенос и «встречный» перенос - это взаимозависимые и взаимодействующие явления.

**36**

Потенциальное воздействие переноса аффекта на ход экспертизы становится очевидным, если учесть, что опрос или обследование, сопряженные с изложением или пробуждением в памяти подробностей полученной травмы, вызовут мучительные и нежелательные воспоминания, мысли и чувства. Таким образом, даже если жертва пытки дает согласие на проведение экспертизы в надежде получить от этого какую-либо выгоду, обсуждение пережитого может вновь вызвать переживания, связанные с самой травмой. Это может проявиться следующим образом.

Вопросы эксперта могут восприниматься как принудительная процедура, похожая на допрос. Эксперта могут заподозрить в склонности смаковать сцены жестокости и насилия или в садистских наклонностях и опрашиваемое лицо может задаться следующими вопросами: «Почему он или она заставляет меня вспоминать все ужасные подробности того, что со мной произошло?» «Почему нормальный человек, для того чтобы заработать на жизнь, предпочитает выслушивать истории, подобные моей? Должно быть, у эксперта имеются какие-то необычные мотивы». Опрашиваемое лицо может испытывать предубеждение по отношению к эксперту из-за того, что он или она не арестовывались и не подвергались пыткам. B итоге это лицо может счесть, что эксперт выступает на стороне врага.

Эксперт воспринимается как лицо, наделенное властью, что часто соответствует действительности, и по этой причине считается, что ему нельзя доверить некоторые аспекты случившегося. Или же, как часто случается с лицами, находящимися в заключении, опрашиваемый может проявлять излишнюю доверчивость в ситуациях, когда эксперт не в состоянии гарантировать, что эта доверчивость не повлечет репрессий. Следует принимать все меры предосторожности для обеспечения того, чтобы заключенные не подвергали себя неоправданному риску, наивно надеясь на то, что их защитит посторонний человек. Жертвы пыток могут опасаться, что информацию, которая раскрывается в ходе экспертизы, не удастся скрыть от осуществляющих преследование органов власти. Страх и недоверие могут быть особенно сильными в тех случаях, когда врачи или другие медицинские работники принимали участие в проведении пыток.

Во многих случаях эксперт является представителем культурного и этнического большинства, тогда как опрашиваемое лицо относится к группе или культуре меньшинства. Такое проявление неравенства может усугубить реальную диспропорцию в расстановке сил и ее восприятие, а также усилить чувства страха, недоверия и вынужденной покорности, которые, возможно, испытывает опрашиваемое лицо. В некоторых случаях, в особенности, когда опрашиваемые лица содержатся под стражей, это обстоятельство может

**37**

иметь отношение скорее к переводчику, чем к эксперту. Таким образом, в идеале переводчик тоже должен приглашаться со стороны, а не вербоваться из местного населения, так чтобы было очевидно, что он или она независимы так же, как и проводящий расследование. Разумеется, нельзя использовать в качестве переводчика члена семьи, на которого власти затем смогут оказать давление с целью выяснения, о чем шла речь во время экспертизы.

Если эксперт и жертва одного пола, то опрос скорее будет восприниматься как прямая аналогия пережитой пытки, чем если они разного пола. Например, женщина, которую изнасиловал или пытал в тюрьме охранник-мужчина, при встрече с экспертом-мужчиной, вероятно, будет испытывать более сильные чувства страдания, недоверия и страха, чем при беседе с экспертом женского пола. Применительно к мужчинам, подвергшимся сексуальному насилию, верно противоположное. Мужчинам может быть стыдно подробно рассказывать о том, как их пытали, эксперту- женщине. Опыт показывает, в особенности, когда жертвы продолжают содержаться под стражей, что в любом обществе, кроме наиболее фундаменталистских (где не допускается даже, чтобы мужчина опрашивал женщину, не говоря уже о том, чтобы он ее осматривал), возможно, гораздо важнее, чтобы опрос проводил врач, которому жертва может задавать конкретные вопросы, чем чтобы эксперт не был мужского пола, как в случае изнасилования. Известны случаи, когда жертвы изнасилования ничего не рассказывали проводящим расследование женщинам, не имеющим медицинского образования, но хотели поговорить с врачом, даже если он мужчина, чтобы иметь возможность задать конкретные вопросы, относящиеся к медицине. Типичные вопросы касаются возможных последствий, таких, как беременность, способность к зачатию в последующий период или перспективы сексуальных отношений между супругами. Если экспертиза проводится в интересах правосудия, необходимая концентрация внимания на подробностях и точных вопросах о том, что произошло, часто воспринимается как признак недоверия или сомнения со стороны эксперта.

Из-за вышеупомянутого психологического давления жертвы пыток под воздействием воспоминаний могут вновь пережить травму и подавленность и в результате используют или мобилизуют активные защитные механизмы, которые приводят к полной замкнутости или уплощению аффекта во время осмотра или опроса. Замкнутость и уплощение представляют особые трудности в отношении документирования, поскольку жертвы пыток могут оказаться не в состоянии убедительно рассказать о

**38**

пережитом и испытываемых в настоящее время страданиях, хотя для них это было бы весьма выгодно.

Реакции «встречного» переноса аффекта часто непроизвольны, а если проводящий опрос не сознает, что он испытывает подавляемые эмоции, то они могут превратиться в проблему. Следует ожидать, что человек, выслушивающий тех, кто рассказывает о применявшихся к ним пытках, будет испытывать определенные чувства, хотя эти эмоции могут отрицательно сказаться на эффективности работы медика. Если же проводящий опрос понимает, что происходит перенос аффекта, то он может руководствоваться испытываемыми эмоциями. Врачи и психологи, которых привлекали к проведению экспертизы и лечению жертв пыток, согласны в том, что осознание и понимание типичных реакций в рамках «встречного» переноса аффекта имеют решающее значение, поскольку испытываемые экспертом эмоции могут существенно ограничить способность к проведению оценки и документированию физических и психологических последствий пытки. Для успешного документирования пыток и других видов жестокого обращения требуется понимание личных мотивов, по которым выбирается работа в этой области. Общепризнанно, что профессионалы, постоянно проводящие подобные экспертизы, должны работать под контролем и при профессиональной поддержке со стороны своих коллег, имеющих опыт в этой области. Распространенные реакции «встречного» переноса аффекта включают:

1. избегание, замкнутость и защитное безразличие, являющиеся реакцией на ознакомление с вызывающим тревогу материалом. В результате могут быть забыты какие-то детали и недооценена тяжесть физических или психологических последствий;
2. разочарование, беспомощность, безнадежность и чрезмерная идентификация, которые могут привести к возникновению симптомов депрессии и компенсаторного травмирования, например, кошмаров, тревоги и страха;
3. чувство всемогущества и мания величия, выражающиеся в том, что человек ощущает себя спасителем, великим экспертом по травмам или последней надеждой в отношении выздоровления и благополучия лица, пережившего пытку;
4. ощущение неуверенности в своих профессиональных навыках перед лицом масштабов происшедшего или пережитых страданий, о которых рассказывают жертвы. Это может проявляться как неуверенность в своей способности воздать должное жертве пытки и чрезмерное увлечение идеализированными врачебными нормами;

**39**

1. чувство вины за то, что нельзя разделить с жертвой пыток причиненные ей страдания и боль, или связанное с осознанием того, что не было сделано на политическом уровне, может привести к чрезмерно сентиментальному или идеализированному отношению к пережившему пытки;
2. гнев и ярость по отношению к палачам и насильникам предсказуемы, но они могут отрицательно сказаться на способности сохранять объективность, если в их основе лежит неосознанный личный опыт, и приобрести хронический характер или чрезмерный масштаб;
3. гнев или отвращение по отношению к жертве может возникнуть из-за того, что пришлось испытать непривычно сильное волнение. Они также могут возникнуть в ответ на ощущение того, что жертва эксплуатирует врача, когда он испытывает сомнения по поводу правдивости рассказа о пытке, а жертва может извлечь выгоду из экспертизы, которая документально фиксирует последствия предполагаемого инцидента;
4. существенные различия между системами культурных ценностей врача и лица, заявляющего о применении пыток, могут выражаться в вере в мифы относительно этнических групп, снисходительном отношении и недооценке опыта или способности одного из этих лиц к пониманию. Напротив, врачи, относящиеся к той же этнической группе, что и жертва, могут вступить с ней в неоформленный вербально союз, который также может отрицательно сказаться на объективности экспертизы.

Большинство врачей согласны с тем, что многие формы реакции в рамках «встречного» переноса аффекта являются не просто примерами искажения, но и важным источником информации о психологическом состоянии жертвы пыток. Можно поставить под угрозу эффективность деятельности медиков, если по поводу испытываемых ими эмоций принимаются меры, вместо того чтобы принимать их во внимание. Врачам, занимающимся экспертизой и лечением жертв пыток, рекомендуется изучить вопрос о «встречном» переносе аффекта и, по возможности, обеспечить контроль и консультации со стороны того или иного коллеги.

Обстоятельства могут потребовать, чтобы опросы проводились врачом из иной культурной или языковой группы, чем та, к которой относится жертва. В таких случаях есть два возможных подхода, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Врач, проводящий опрос, может использовать буквальный, дословный перевод, осуществляемый переводчиком (см. главу IV, раздел I). Альтернативой этому является подход, в рамках которого опрос проводится на основе двух культур. Такой подход подразумевает использование для опроса группы в составе проводящего опрос врача и переводчика, который обеспечивает устный перевод и

**40**

помогает понять значение, придаваемое событиям, переживаниям, симптомам и идиомам в данной культуре. Поскольку врач часто не знаком с соответствующими культурными, религиозными и социальными факторами, опытный переводчик сможет выделить эти критерии и объяснить их врачу. Если врач полагается исключительно на буквальный, дословный перевод, то такой углубленной интерпретации информации не будет. С другой стороны, если от переводчиков ожидают, что они будут обращать внимание врача на соответствующие культурные, религиозные и социальные факторы, то крайне важно, чтобы они никоим образом не пытались повлиять на ответы жертвы пыток на вопросы врача. При отсутствии буквального перевода врач должен быть уверен в том, что ответы опрашиваемого лица, передаваемые через переводчика, представляют именно то, что сказало данное лицо, без каких-либо добавлений или пропусков со стороны переводчика. Независимо от используемого подхода, важными соображениями при выборе переводчика являются его личностные данные и этническая, культурная и политическая принадлежность. Жертве пытки придется доверить переводчику толкование того, что он или она говорит, и точную передачу этой информации ведущему обследование врачу. Переводчик ни при каких обстоятельствах не должен быть работником правоохранительных органов или государственным служащим. Ради соблюдения конфиденциальности никогда не следует использовать в качестве переводчика кого-либо из членов семьи. Группа, проводящая расследование, должна выбрать независимого переводчика.

1. Компоненты психологической/психиатрической экспертизы

Во введении к отчету об экспертизе следует указать, кем данное лицо направлено на экспертизу, кратко изложить данные дополнительных источников (таких как медицинская, юридическая и психиатрическая документация) и описать используемые методы оценки (опросы, применение перечней симптомов и контрольных списков, а также нейропсихологическое тестирование).

а) Анамнез пыток и жестокого обращения

Следует предпринять все усилия для регистрации полного анамнеза пыток, преследований и других соответствующих травмирующих воздействий (см. главу IV, раздел E). Эта часть экспертизы часто изнурительна для обследуемого лица, поэтому может возникнуть необходимость проводить ее в несколько приемов. Опрос следует начать с краткого перечисления событий в целом, а затем перейти к выявлению подробностей перенесенных пыток. Проводящее опрос лицо должно знать

**41**

относящиеся к данной проблеме юридические положения, так как это определяет сущность и объем информации, необходимой для документирования фактов.

1. Имеющиеся в настоящее время жалобы психологического характера

Основу экспертизы составляет оценка состояния перенесшего пытки лица в период обследования. Поскольку у военнопленных и жертв изнасилования, подвергавшихся жестокому обращению, в течение всей жизни отмечаются посттравматические стрессовые расстройства, распространенность которых составляет от 80% до 90%, следует задавать конкретные вопросы по трем категориям посттравматических стрессовых расстройств в соответствии с классификацией ДСР-IV (повторное переживание травмировавшего события, избегание или притупление способности к реагированию, включая амнезию и повышенное возбуждение) Следует подробно описать симптомы, характеризующие эмоциональную и познавательную функции и поведение, а также отметить частоту появления ночных кошмаров, галлюцинаций и реакции вздрагивания и привести примеры этик явлений. Отсутствие симптомов может объясняться эпизодической или зачастую отсроченной природой посттравматических стрессовых расстройств или отрицанием симптомов из-за чувства стыда.

1. Анамнез за период после пытки

Этот компонент психологической экспертизы состоит в выяснении обстоятельств жизни в настоящее время. Важно задать вопросы об имеющихся на момент опроса источниках стресса, таких, как разлука или потеря близких, бегство из родной страны и жизнь в ссылке. Проводящий опрос должен также выяснить, способен ли обследуемый заниматься производительным трудом, зарабатывать на жизнь, заботиться о своей семье, а также располагает ли он социальной поддержкой.

1. Анамнез за период до пытки

Если это целесообразно, опишите детство, отрочество, юность жертвы пыток, его или ее семью, наблюдающиеся у членов семьи заболевания и состав семьи. Следует также привести анамнез, связанный с образованием и трудовой деятельностью жертвы пыток. Приведите анамнез всех травм, имевших место в прошлом, таких, как побои в детском возрасте, травмы во время военных действий или насилие в семье, а также укажите принадлежность жертвы пыток к той или иной культурной или религиозной группе.

Анамнез за период перед травмой представляет важность для оценки состояния психического здоровья и уровня психосоциального функционирования жертвы пыток перед травмирующими событиями. С его

**42**

помощью проводящий опрос может сравнить состояние психического здоровья данного лица в настоящее время с его состоянием перед пытками. При оценке исходной информации проводящий опрос должен учитывать, что на длительность и степень реакции на травму воздействует множество факторов. К этим факторам относятся, в числе прочих, обстоятельства пытки, восприятие и трактовка пытки ее жертвой, социальная обстановка до пытки, во время и после нее, ресурсы, ценности и отношение к травмирующим событиям в общине и среди лиц одного с жертвой возраста и положения, политические и культурные факторы, тяжесть и длительность травмирующих событий, генетическая и биологическая уязвимость, уровень развития и возраст жертвы, предшествующий анамнез травм и имевшиеся ранее характеристики личности. При проведении опроса ввиду ограниченности времени и наличия других проблем зачастую может быть трудно получить эту информацию. Тем не менее важно собрать достаточное количество данных о состоянии психического здоровья и психосоциальном функционировании опрашиваемого, для того чтобы составить представление о том, в какой мере пытки способствовали развитию имеющихся психологических расстройств.

1. Медицинский анамнез

B медицинском анамнезе кратко излагаются данные о состоянии здоровья перед травмой, состоянии здоровья в настоящее время, болевых ощущениях в организме, соматических жалобах, применении лекарственных средств и их побочных эффектах, соответствующий сексуальный анамнез, сведения об имевших место в прошлом хирургических вмешательствах и другие медицинские данные (см. главу V, раздел B).

1. Психиатрический анамнез

Следует выяснить, присутствуют ли в анамнезе психические или психологические расстройства, какова их сущность, а также проводилось ли их лечение и требовалась ли по их поводу госпитализация в психиатрический стационар. Необходимо также узнать, применялись ли ранее для лечения психотропные препараты.

1. Анамнез употребления алкоголя и наркотических средств и злоупотребления ими

Медику следует выяснить, употреблялись ли до пытки и после нее наркотические средства и алкоголь, изменялась ли схема их применения и используются ли эти средства для борьбы с бессонницей или с психологическими/психиатрическими расстройствами. К таким веществам относятся не только алкоголь, каннабис и опий, но также и применяемые в

**43**

данной местности наркотические средства, такие, как бетель и многие другие.

1. Обследование психического состояния

Обследование психического состояния начинается в тот момент, когда медик встречается с обследуемым. Проводящий опрос должен описать внешний вид обследуемого с учетом признаков недоедания, нечистоплотности, изменения двигательной активности во время опроса, используемой лексики, наличия зрительного контакта, способности к взаимодействию с проводящим опрос врачом и средств, используемых данным лицом для общения. В отчете о комплексной судебной психолого­психиатрической экспертизе необходимо отразить все аспекты обследования психического состояния и описать следующие факторы: общий внешний вид, двигательная активность, речевые особенности, настроение и аффект, характер мыслей, процесс мышления, представления о самоубийстве и убийстве, а также данные исследования познавательной функции (ориентация, долговременная память, память на события со средним сроком давности и память на только что происшедшие события).

1. Оценка социальной функции

Травма и пытки могут непосредственно и косвенно влиять на способность человека действовать. Пытка может также опосредованно вызвать потерю способности действовать и привести к нетрудоспособности, если психологические последствия пережитого нарушают способность человека заботиться о себе, зарабатывать средства на жизнь, содержать семью и получать образование. Медику следует оценить способность опрашиваемого лица к действиям в настоящее время, задавая вопросы о видах повседневной деятельности, социальной роли (в качестве домашней хозяйки, учащегося, рабочего), культурных и развлекательных мероприятиях и восприятии состояния здоровья. Проводящий опрос должен предложить опрашиваемому оценить состояние собственного здоровья, заявить о наличии или отсутствии ощущения хронической усталости и сообщить о возможных изменениях в общем функциональном состоянии. j) Психологическое тестирование и применение контрольных перечней и вопросников

Объем опубликованных данных по использованию психологического тестирования (проективные и объективные личностные тексты) при оценке состояния лиц, переживших пытки, невелик. К тому же психологическое тестирование личности неприменимо по отношению к представителям других культур. Совокупность этих факторов резко ограничивает возможность использования психологического тестирования при оценке

**44**

состояния жертв пыток. Тем не менее нейропсихологическое тестирование может помочь в оценке случаев мозговой травмы, возникшей в результате пытки (см. раздел С.4 ниже). Человек, подвергавшийся пытке, может затрудняться выразить словами свои ощущения или симптомы. В некоторых случаях полезным будет использование контрольных перечней видов и симптомов травм. Если проводящий опрос полагает, что полезно было бы использовать контрольные перечни видов и симптомов травм, то имеется множество вопросников, хотя ни один из них не учитывает особенности жертв пыток.

k) Клиническое заключение

При составлении клинического заключения для отчета о психологических доказательствах пытки следует задаться следующими важными вопросами:

1. Согласуются ли данные психологического обследования с сообщением о якобы имевшей место пытке?
2. Являются ли данные психологического обследования ожидаемыми или типичными реакциями на экстремальную степень стресса, учитывая культурные и социальные особенности данного лица?
3. С учетом неравномерности развития психических расстройств, когда по отношению к моменту опроса применялись пытки? На какой стадии выздоровления находится данное лицо?
4. Каковы сопутствующие факторы стресса, воздействующие на опрашиваемого (например, продолжающееся преследование, вынужденная миграция, высылка из страны, потеря семьи и социальной роли)? Какое воздействие оказывают эти проблемы на данное лицо?
5. Какие физические обстоятельства влияют на клиническую картину? Следует обратить особое внимание на травму головы, причиненную во время пыток или содержания под стражей.
6. Свидетельствует ли клиническая картина о том, что обвинение в применении пыток ложное?

Медикам следует высказать свои соображения о согласованности данных психологического обследования и степени, в которой эти данные соответствуют якобы имевшему место жестокому обращению. Следует описать эмоциональное состояние обследуемого и внешние его проявления во время опроса, наблюдаемую симптоматику, обстоятельства заключения под стражу и пыток, а также личные обстоятельства жизни до пыток. Необходимо отметить такие факторы, как появление конкретных симптомов, связанных с травмой, специфичность того или иного выявленного психологического параметра и особенности психологического

**45**

функционирования. Следует учитывать такие дополнительные факторы, как вынужденная миграция, смена места жительства, сложности культурной ассимиляции, языковые проблемы, безработица, потеря домашнего очага, семьи и социального статуса. Необходимо оценить и описать взаимосвязь и взаимозависимость событий и наблюдаемых симптомов. Такие обстоятельства, как травма головы или черепно-мозговая травма, могут потребовать дальнейшей экспертизы. Может быть рекомендовано неврологическое или нейропсихологическое обследование.

Если степень выраженности симптоматики у жертв пыток соответствует психиатрическому диагнозу по классификации ДСР-IV или МКБ-10, то следует указать этот диагноз. Возможна постановка нескольких диагнозов. Необходимо еще раз подчеркнуть, что, хотя диагноз связанного с травмой психического расстройства подтверждает обоснованность утверждения о пытке, несоответствие критериям психиатрического диагноза не означает, что человек не подвергался пыткам. Степень выраженности симптоматики у жертвы пыток может не соответствовать диагностическим критериям ДСР-IV или МКБ-10. В этих случаях, как и во всех других, следует в совокупности рассматривать симптомы жертвы пыток и излагаемые им или ею обстоятельства якобы перенесенных пыток. В отчете следует оценить и описать степень соответствия между представленной жертвой картиной пыток и симптомами, о которых он или она сообщают.

Важно понимать, что некоторые люди по ряду причин безосновательно утверждают, что перенесли пытки, а другие по личным или политическим причинам могут преувеличивать сравнительно незначительные эпизоды грубого обращения. Проводящий расследование должен всегда иметь это в виду и стремиться выявить возможные причины преувеличения и вымысла. Тем не менее врач должен помнить, что такие фантазии требуют глубоких познаний относительно связанных с травмой симптомов, которыми обследуемые редко обладают. Несогласованность показаний может происходить по ряду уважительных причин, таких, как нарушение памяти вследствие черепно-мозговой травмы, спутанность сознания, диссоциации, культурные различия восприятия времени или фрагментация и подавление воспоминаний, связанных с травмой. Для надлежащего документирования психологических доказательств пыток необходимо, чтобы медики были способны оценить имеющиеся в отчете соответствия и расхождения. Если проводящий опрос подозревает, что утверждения относительно пыток ложные, для уточнения противоречий в сообщаемой информации следует назначить дополнительные опросы. Члены семьи или друзья могут помочь в подтверждении обстоятельств дела. Если

**46**

после проведения дополнительных обследований врач все еще подозревает, что обвинения ложные, он должен направить обследуемого к другому врачу и узнать мнение своего коллеги. Сомнение относительно правдивости обвинений документально оформляется заключением двух медиков.

1) Рекомендации

Рекомендации, являющиеся результатом психологической экспертизы, зависят от того, по какой причине запрашивалось проведение экспертизы. Рассматриваемые проблемы могут касаться юридических и судебных вопросов, предоставления убежища, переселения или необходимости в лечении. Может быть рекомендовано дополнительное освидетельствование, такое как нейропсихологическое тестирование, терапевтическое или психиатрическое лечение, обеспечение безопасности подвергавшегося экспертизе лица или предоставление ему убежища.

1. Нейропсихологическая оценка

Клиническая нейропсихология представляет собой прикладную науку, занимающуюся поведенческим проявлением нарушения функции мозга. Нейропсихологическая оценка касается, в частности, определения степени и классификации поведенческих расстройств, связанных с органическим повреждением мозга. Давно признана эффективность этой отрасли науки при дифференциальном диагнозе неврологических заболеваний и психологических нарушений, а также в качестве руководства при лечении и реабилитации пациентов, страдающих от последствий повреждений головного мозга различной степени. Нейропсихологическая экспертиза жертв пыток проводится нечасто, и к настоящему времени в литературе нет данных о нейропсихологических исследованиях жертв пыток. Поэтому представленные ниже замечания ограничиваются обсуждением общих принципов, которые могут способствовать пониманию работниками здравоохранения практического значения нейропсихологической оценки и показаний к ее применению в отношении лиц, которые, как предполагается, подвергались пыткам. Перед обсуждением практического значения показаний необходимо осознать пределы возможностей нейропсихологической оценки применительно к этой группе населения.

а) Ограничения нейропсихологической оценки

Существует ряд общих факторов, осложняющих оценку состояния жертв пыток в целом, которые обсуждаются в других разделах настоящего руководства. Эти факторы относятся к нейропсихологической оценке так же, как и к медицинскому или психологическому обследованию.

**47**

Нейропсихологическая оценка может быть ограничена рядом дополнительных факторов, включая отсутствие научных исследований жертв пыток, использование норм, базирующихся на показателях населения в целом, культурные и языковые различия и повторное травмирование лиц, подвергшихся пыткам.

Как указано выше, в литературе имеется лишь крайне ограниченное число упоминаний о нейропсихологической оценке жертв пыток. Основная часть относящейся к этой проблеме литературы касается различных типов травмы головы и нейропсихологической оценки посттравматических стрессовых расстройств в целом. Поэтому нижеследующее обсуждение и трактовки результатов нейропсихологической оценки неизбежно основаны на применении общих принципов, используемых применительно к другим исследуемым группам населения.

Нейропсихологическая оценка в том виде, в котором она разрабатывается и применяется в западных странах, в значительной степени основана на актуарном подходе. Этот подход обычно состоит в сопоставлении результатов комплекса стандартизированных тестов с определенными для населения в целом нормами. Хотя трактовка данных нейропсихологической оценки на основании использования нормы в качестве эталона может быть дополнена качественным анализом по методу Лурии, в частности когда этого требует клиническая ситуация, тем не менее в основном используется актуарный подход. Более того, результаты тестов в баллах имеют наиболее существенное значение, когда степень поражения мозга незначительна или умеренна, но не в тяжелых случаях, а также когда нейропсихологические дефициты считаются вторичными по отношению к психиатрическому расстройству.

Культурные и языковые различия могут существенно ограничивать значение и возможность применения нейропсихологической оценки предполагаемых жертв пыток. Достоверность результатов нейропсихологической оценки сомнительна, если отсутствуют стандартные переводы тестов, а проводящий опрос врач плохо владеет родным языком обследуемых лиц. Если стандартные переводы тестов отсутствуют, а проводящие опрос не владеют языком обследуемого, нельзя использовать тесты, рассчитанные на устное восприятие, потому что их результаты невозможно истолковать значимым образом. Отсюда следует, что можно использовать только невербальные тесты, и это исключает возможность сопоставления вербального и невербального восприятия. Кроме того, более трудной проблемой является анализ латерализации (или локализации) расстройств. Однако этот анализ часто полезен ввиду асимметричной

**48**

организации мозга при обычно преобладающей роли левого полушария в речевой функции. Если по культурной и языковой группе обследуемого отсутствуют нормы, установленные для группы населения, то достоверность результатов нейропсихологической оценки также сомнительна. Показатель КУР (коэффициент умственного развития) является одним из центральных эталонных показателей, которые позволяют проводящим обследование должным образом оценить результаты нейропсихологических тестов. Например, в отношении населения США эти показатели часто получают на основании вербальных подгрупп с использованием векслеровских шкал, в частности информационной подшкалы, потому что при наличии органического поражения мозга оскудение приобретенных фактических знаний менее вероятно, чем нарушение способности решать другие задачи, и лучше, чем другие показатели, характеризует способность к обучению, существовавшую в прошлом. Оценка может также основываться на данных об образовании и работе обследуемого, а также на демографических данных. Очевидно, что ни один из этих учитываемых факторов не относится к лицам, в отношении которых не были установлены нормы для группы населения в целом. Поэтому возможна лишь самая приблизительная оценка в отношении функции мышления перед травмой. Вследствие этого может быть трудно дать интерпретацию нейропсихологическому расстройству, которое менее выражено, чем нарушение тяжелой или умеренной степени.

Нейропсихологическая оценка может повторно травмировать жертв пыток. Необходимо принять все предосторожности, для того чтобы свести к минимуму любую возможность повторного травмирования обследуемых при каком-либо виде диагностических процедур (см. главу IV, раздел H). В качестве лишь одного очевидного примера, характерного для нейропсихологического тестирования, отметим, что стандартное использование набора тестов Халстеда-Рейтана, в частности теста функции осязания, при котором испытуемому обычно завязывают глаза, может оказать на него очень сильное травмирующее психику воздействие. В отношении большинства жертв пыток, которым во время заключения и пыток завязывали глаза, и даже тех, кому глаза не завязывали, ощущение беспомощности, присущее этой процедуре, оказало бы очень сильное травмирующее психику воздействие. Применение любой формы нейропсихологического тестирования, независимо от используемого метода, само по себе может создать проблемы. Нахождение под наблюдением, необходимость выполнить те или иные действия за определенное время и приложить максимум усилий для решения незнакомой задачи, когда цель состоит скорее в том, чтобы выполнять задания, чем в участии в диалоге, -

**49**

все это может вызвать у обследуемых чрезмерный стресс или воспоминания

о пытках, которым они подвергались.

1. Показания к проведению нейропсихологической оценки

При оценке изъянов поведения у предполагаемых жертв пыток существует два основных показания к проведению нейропсихологической оценки: черепно-мозговая травма и посттравматическое стрессовое

расстройство, а также связанные с ними диагнозы. Хотя оба набора состояний в некоторых аспектах совпадают и часто встречаются вместе, только при первом из них обычно и традиционно применяется клиническая нейропсихология, в то время как второе является относительно новым, недостаточно исследованным и в известной мере проблематичным.

Черепно-мозговая травма и являющееся ее следствием повреждение мозга могут быть результатом различных видов травмы головы и нарушения обмена веществ, имевших место во время преследования, заключения и пыток. Они могут включать огнестрельные раны, последствия отравления, алиментарную дистрофию в результате голодания или насильственного приема внутрь вредных веществ, последствия гипоксии в результате удушения или погружения головы в воду и, чаще всего, вызванной ударами по голове во время избиения. Удары по голове нередко наносятся во время содержания под стражей и пыток. Например, в одной выборке жертв пыток удары по голове были второй по частоте, отмеченной жертвами пыток формой телесных надругательств (45%) после ударов по телу (58%). Среди жертв пыток вероятность повреждения мозга очень высока.

По оценкам, закрытые травмы головы, приводящие к отдаленным нарушениям легкой или умеренной степени тяжести, являются самой частой причиной нейропсихологической патологии. Хотя к признакам травмы могут относиться рубцы на голове, с помощью диагностической визуализации обычно невозможно выявить повреждения мозга. Психиатры могут не определить или недооценить повреждение мозга легкой или умеренной степени тяжести, потому что при этом в клинической картине высока вероятность выраженного проявления симптомов депрессии и посттравматического стрессового расстройства, в результате чего возможному воздействию травмы головы уделяется меньше внимания. К субъективным жалобам жертв пыток обычно относятся проблемы в сфере внимания, концентрации и кратковременной памяти, которые могут возникнуть в результате повреждения мозга или посттравматического стрессового расстройства. Поскольку эти жалобы часто встречаются у жертв пыток, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством, вопрос о том, не объясняются ли они травмой головы, может даже не ставиться.

**50**

На первоначальном этапе обследования врач, ставящий диагноз, должен основываться на анамнезе травмы головы и динамике симптомов. Как обычно бывает в случае черепно-мозговой травмы, в постановке диагноза может помочь информация, полученная от других людей, в частности родственников пострадавших. Следует помнить, что лицам с черепно-мозговой травмой часто трудно описать или даже оценить свои ограниченные возможности, потому что они находятся как бы «внутри» проблемы. При получении первых впечатлений, относящихся к различию между органическим поражением мозга и посттравматическим стрессовым расстройством, полезно начать с оценки хронического характера симптомов. Если интенсивность симптомов нарушения внимания, концентрации и памяти колеблется одновременно с изменением степени выраженности тревоги и депрессии, это, вероятнее всего, связано с фазовой сущностью посттравматического стрессового расстройства. С другой стороны, если представляется, что нарушение приобретает хроническое течение, не характеризуется колебаниями и подтверждается членами семьи, то даже при исходном отсутствии четкого анамнеза травмы головы следует рассмотреть вопрос о возможности повреждения мозга.

При наличии подозрения на органическое повреждение мозга психиатр должен в первую очередь рассмотреть необходимость направления, исследуемого к специалисту для дальнейшего неврологического обследования. В зависимости от первоначальных результатов обследования, врач может затем проконсультироваться у невропатолога или назначить диагностические исследования. В качестве дальнейшей тактики можно рассматривать расширенное медицинское обследование, консультацию невропатолога по конкретным вопросам и нейропсихологическую экспертизу. Проведение нейропсихологической экспертизы обычно показано при общем отсутствии неврологических расстройств, в случаях, когда сообщаемые обследуемым симптомы относятся преимущественно к познавательной функции или, когда необходимо провести дифференциальную диагностику поражения мозга и посттравматического стрессового расстройства.

Отбор нейропсихологических тестов и методов имеет определенные выше ограничения и исключает применение стандартного набора тестов; он скорее должен определяться спецификой каждого конкретного случая и учитывать индивидуальные особенности. Гибкость, необходимая при отборе тестов и методов, требует от проводящего обследование значительного опыта, знаний и осторожности. Как было указано выше, диапазон приемов, которые планируется использовать, зачастую ограничивается невербальными

**51**

задачами, и, вероятнее всего, психометрические характеристики любых стандартных тестов будут менее информативны в случаях, когда к отдельному субъекту нельзя применить нормы, установленные для группы населения в целом. Отсутствие вербальных параметров является очень серьезным ограничением. Многие сферы применения познавательной функции опосредованы речью, и систематическое сравнение различных вербальных и невербальных показателей обычно используется для того, чтобы прийти к заключению о сущности изъянов.

Дополнительно осложняют ситуацию данные о том, что при выполнении невербальных тестов представителями относительно близко родственных культур обнаруживаются статистически значимые межгрупповые различия. Например, с использованием краткого набора нейропсихологических тестов было проведено сравнительное исследование случайных выборок на базе общин англоязычных и испаноязычных пожилых людей. Отбор проводился методом случайной выборки с согласованием выборок по демографическим показателям. Тем не менее, хотя оценки в баллах по вербальным параметрам были сходными, у испаноязычных лиц почти по всем невербальным критериям оценки были статистически значимо ниже. Эти данные свидетельствуют о том, что при использовании невербальных и вербальных показателей для оценки неанглоязычных лиц следует соблюдать осторожность, если тесты составлены для англоязычных лиц.

Право выбора методов и процедур нейропсихологической оценки предполагаемых жертв пыток должно оставаться за каждым проводящим обследование врачом, которому следует отбирать их в соответствии с требованиями и возможностями в конкретной ситуации. Нейропсихологические тесты невозможно правильно применять без серьезной подготовки и знания взаимосвязей между мозговой деятельностью и поведением. Полные перечни нейропсихологических процедур и тестов, а также рекомендации по их правильному использованию можно найти в авторитетных руководствах.

с) Посттравматические стрессовые расстройства

Из приведенных выше соображений явствует, что при попытках нейропсихологической оценки повреждения мозга у предполагаемых жертв пыток необходимо соблюдать осторожность. Это в еще большей мере относится к попытке документального подтверждения наличия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у предполагаемых жертв пыток с помощью нейропсихологической оценки. Даже в случае оценки состояния страдающих ПТСР лиц, в отношении которых имеются

**52**

установленные для группы населения в целом нормы, существуют значительные трудности. ПТСР представляет собой психиатрическое расстройство и, как правило, ранее не являлось объектом нейропсихологической оценки. Кроме того, ПТСР не соответствует классической парадигме анализа идентифицируемых поражений мозга, которые могут быть подтверждены с помощью медицинских методик. По мере сосредоточения внимания на биологических механизмах, задействованных в психиатрических расстройствах в целом, и их понимания нейропсихологические парадигмы используются чаще, чем в прошлом. Однако, как было указано, «к настоящему времени существует сравнительно небольшое число публикаций о ПТСР применительно к нейропсихологии».

В выборках, используемых для изучения нейропсихологических показателей при посттравматическом стрессе, существуют значительные различия в показателях. Это может объяснять различия в природе нарушений познавательной функции, о которых сообщается по данным этик исследований. Отмечалось, что, «как свидетельствуют клинические наблюдения, симптомы ПТСР чаще всего частично совпадают с неврологическими и связанными с познавательной функцией сферами внимания, памяти и исполнительной функции». Это согласуется с жалобами, часто поступающими от жертв пыток. Они отмечают трудности при концентрации внимании, ощущение неспособности запоминать информацию и заниматься планируемой, целенаправленной деятельностью.

Методы нейропсихологической оценки, как представляется, способны выявить наличие неврологических и относящихся к познавательной функции изъянов при ПТСР, хотя конкретную природу этик изъянов труднее установить. В некоторых исследованиях наличие изъянов такого рода у лиц, страдающих ПТСР, документально отмечалось при сравнении со здоровыми контрольными лицами, но дифференциальную диагностику у этик лиц и у сопоставимых контрольных лиц с психиатрическими заболеваниями произвести не удалось. Другими словами, неврологические и относящиеся к познавательной функции изъяны при выполнении тестов, вероятно, будут очевидны в случаях ПТСР, но недостаточны для диагностики этого расстройства. Как и при многих других видах оценки, трактовка результатов тестирования должна быть включена в более широкий контекст информации, полученной в ходе опроса, и, возможно, исследования личности. В этом смысле конкретные методы нейропсихологической оценки могут способствовать документальному подтверждению наличия ПТСР, так же как при других психиатрических расстройствах, связанных с неизвестными неврологическими изменениями и нарушениями познавательной функции.

**53**

Несмотря на существенные ограничения, нейропсихологические методы могут использоваться для оценки состояния лиц с предполагаемой черепно-мозговой травмой, а также при дифференциальной диагностике черепно-мозговой травмы и ПТСР. Нейропсихологические методы могут использоваться и для оценки таких конкретных симптомов, как нарушения памяти, которые наблюдаются при ПТСР и связанных с ним расстройствах.

**54**

1. **ФОРМУЛИРОВКА ВЫВОДОВ**
* Выводы составляются на основании объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано, обосновано фактическими данными.
* В выводах указываются сведения о наличии телесных повреждений, их вид, характер, локализация, давность образования повреждений, механизм образования, вид орудия, которым нанесены повреждения, и способы их нанесения, степень тяжести нанесенного вреда здоровью.

Определение степени тяжести вреда здоровью проводится в соответствии с «Методикой экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью», включенной в Государственный реестр методик судебно­экспертных исследований Республики Казахстан.

* Установление степени соответствия между обнаруженными телесными повреждениями и обстоятельствами получения травмы, изложенными свидетельствуемым, при опросе и в материалах дела.
* Установление наличие или отсутствия у свидетельствуемого психических/психологических нарушений.
* Установление связи между обнаруженными

психическими/психологическими нарушениями и предполагаемым насилием, а также установление степени соответствия данных психолого­психиатрического обследования сообщенным данным о предполагаемом насилии.

* Согласно части 3 ст. 282 УПК РК на основе результатов исследований, проведенных каждым из экспертов, ими формулируется общий вывод (выводы) об обстоятельстве, для установления которого экспертиза была назначена. Общий вывод (выводы) формулируют и подписывают только эксперты, компетентные в оценке полученных результатов. Если основанием окончательного вывода комиссии или части ее являются факты, установленные одним из экспертов (отдельными экспертами), то об этом должно быть указано в заключении.
* Согласно части 4 ст. 282 УПК РК в случае разногласий между экспертами результаты исследований оформляются в соответствии с частью 4 ст. 281 УПК РК, т.е. в случае разногласий между экспертами каждый из них или часть экспертов дает отдельное заключение либо эксперт, мнение которого

**55**

расходится с выводами остальных членов комиссии, формулирует его в заключении отдельно.

**56**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Настоящая методика разработана для решения одной из важнейших проблем в деле защиты людей от пыток и других видов жестокого бесчеловечного обращения и наказания - проблемы эффективного проведения комплексной судебно-медицинской и психолого-­психиатрической экспертизы для обеспечения реализации права каждого человека на его защиту. Методика позволит унифицировать принципы проведения комплексной судебно-медицинской и психолого­-психиатрической экспертизы в случаях возможного применения пыток с установлением объективных (физических и психических/ психологических) признаков пыток или их отсутствия.

Внедрение данной методики не требует приобретения

дополнительного оборудования и может быть реализовано в условиях существующего материально-технического оснащения территориальных подразделений ЦСЭ.

**57**

**Список использованных источников**

1. Стамбульский протокол, «Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания», Управление Верховного Комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека. Серия публикаций по вопросам профессиональной подготовки № 8/rev. Нью-Йорк и Женева, 2004 год;
2. Уголовно-процессуальный кодекс РК №231 от 04.07.2014 года;
3. Закон РК № 44-VI от 10.02.2017 года «О судебно-экспертной деятельности»;
4. Приказом МЮ РК №484 от 27.04.2017 года «Об утверждении Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы»;
5. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики «Эффективное документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания», Бишкек 2014г;
6. «Руководство по судебной медицине» под ред. В.В. Томилина, Г.А. Пашиняна - М.: Медицина, 2001. - 576с.;
7. Методики, включенные в государственный реестр методик судебно­экспертных исследований Республики Казахстан: «Методика экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для определения степени тяжести причиненного вреда здоровью», «Методика экспертного исследования лица женского пола для установления признаков насильственного полового сношения (изнасилования)», «Методика экспертного исследования несовершеннолетнего ребенка женского пола для установления признаков развратных действий», «Методика экспертного исследования лица мужского пола для установления признаков мужеложства при половых преступлениях», «Методика экспертного исследования лиц женского пола для установления признаков лесбиянства, в случаях половых преступлений», «Методика экспертного исследования лица женского пола для определения половой неприкосновенности», «Методика экспертного исследования потерпевших, подозреваемых и других лиц для установления

**58**

признаков заражения ВИЧ-инфекцией», одобренные протоколом №2 от 05.12.2016г Ученого совета ЦСМ МЮ РК;

1. Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. проф. А. С. Дмитриева, проф. Т. В. Клименко. - М.: Юристъ, 1998. - 408 с.;
2. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., «Психиатрия», М.: Медицина, 2002. - 544 с.;
3. Справочник по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1985. - 416 с.;
4. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза;
5. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: Научно-практическое руководство / И. А. Кудрявцев., 1999 - 498 с.;
6. МКБ 10 (Международная классификация болезней (10 пересмотр)

**59**