

File Copy

A/CONF.56/9



Пятый Конгресс Организации Объединенных Наций  
по предупреждению преступности и обращению с  
правонарушителями  
(Торонто, Канада, 1-12 сентября 1975 года),

АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЖЕСТОКОГО  
ОБРАЩЕНИЯ С ТЮРЕМНЫМИ ЗАКЛЮЧЕННЫМИ И ЛИЦАМИ,  
НАХОДЯЩИМИСЯ ПОД СТРАЖЕЙ

Документ, подготовленный Всемирной организацией  
здравоохранения

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

) 75-100374

Crime Prevention  
and  
Criminal Justice Branch-Reference Unit

## СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

I.	Меры, принятые Генеральным директором и Исполнительным советом Всемирной Организации здравоохранения . . . . .	4
II.	Предыдущие решения ВОЗ в отношении медицинской этики . . . . .	5
III.	Конституционные обязанности ВОЗ в связи с приглашением, содержащимся в резолюции 3218 (XXIX) . . .	6
IV.	Медицинская этика . . . . .	7
V.	Этика здравоохранения . . . . .	8
VI.	Толкование терминов, использованных в резолюции 3218 (XXIX) . . . . .	9
VII.	Медицинский профессиональный персонал в связи с заключенными и задержанными . . . . .	10
VIII.	Эволюция отношений к обращению с правонарушителями . . .	11
IX.	Формы дурного обращения с заключенными . . . . .	12
X.	Правонарушители с умственным расстройством . . . . .	13
XI.	Лица, страдающие наркоманией . . . . .	15
XII.	Насильственное кормление . . . . .	16
XIII.	Наказание за дисциплинарные проступки . . . . .	19
	Приостановление привилегий - телесное наказание - строго ограниченные нормы питания - одиночное заключение	
XIV.	Методы содержания . . . . .	20
	Механические методы - химическое содержание - электрошок - психохирургия - кастрация	
XV.	Методы интенсивного допроса . . . . .	27
XVI.	Биомедицинские эксперименты на заключенных . . . . .	29

/...

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

Стр.

XVII. Положения в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными, связанные со здравоохранением. . . . .	35
XVIII. Заключительные замечания. . . . .	35

Приложения

- I. Проект Токийской декларации Всемирной медицинской ассоциации
- II. Женевская и Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации
- III. Выдержка из заявления Международного совета по проблемам алкоголизма и наркомании (май 1975 года)

/...

АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЖЕСТОКОГО  
ОБРАЩЕНИЯ С ТЮРЕМНЫМИ ЗАКЛЮЧЕННЫМИ И ЛИЦАМИ,  
НАХОДЯЩИМИСЯ ПОД СТРАЖЕЙ

Подготовлено Секретариатом Всемирной организации здравоохранения

1. Настоящий документ представлен Пятому конгрессу Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями по предложению Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций Всемирной организации здравоохранения 1/ "разработать, в случае необходимости, в тесном сотрудничестве с такими другими компетентными организациями, в том числе с Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, проект принципов медицинской этики, которые могут иметь отношение к защите лиц, подвергающихся любой форме задержания или тюремного заключения, от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания...".

I. Меры, принятые Генеральным директором и Исполнительным советом Всемирной организации здравоохранения

2. Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения довел предложение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций до сведения Исполнительного совета ВОЗ на его 55-й сессии в январе 1975 года. Совет принял к сведению это предложение и поручил Генеральному директору подготовить соответствующий документ. Было высказано также пожелание, чтобы он в процессе подготовки документа консультировался со Всемирной медицинской ассоциацией и другими неправительственными организациями, состоящими в официальных отношениях с ВОЗ, соответствующими межправительственными организациями, включая ЮНЕСКО, и с государствами-членами 2/.

3. В соответствии с этим Генеральный директор сообщил суть приглашения Международной организации труда, ЮНЕСКО и всем государствам-членам, ВОЗ, Всемирной медицинской ассоциации и 42 другим международным неправительственным организациям, предложив им представить свои замечания.

4. Подтверждения и замечания были получены от 10 государств-членов и 10 международных неправительственных организаций, и эти замечания были приняты во внимание при подготовке этого документа. Всемирная

1/ Организация Объединенных Наций, Генеральная Ассамблея, резолюция 3218 (XXIX).

2/ ВОЗ, резолюция EB55.R.64.

медицинская ассоциация передала ВОЗ текст заявления, одобренного ее Советом в марте 1975 года для рассмотрения на двадцать девятой сессии Всемирной медицинской ассамблеи в Токио в октябре 1975 года. Данный текст прилагается для информации 3/.

## II. Предыдущие решения ВОЗ в отношении медицинской этики

5. На своей 4-й сессии в июне 1949 года Исполнительный совет ВОЗ рассмотрел резолюцию Национальной медицинской академии Франции, переданную Лигой обществ Красного Креста, в которой предлагалось, чтобы международный кодекс медицинской этики был разработан "международной медицинской организацией" 4/. Наблюдатель от Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) заявил, что это предложение будет рассмотрено Всемирной медицинской ассамблей в октябре 1949 года 5/. Совет принял к сведению эту резолюцию Академии; выразил удовлетворение по поводу того, что ВМА изучает вопрос, и предложил Генеральному директору ВОЗ внимательно следить за этой деятельностью, довести ее до сведения Международного совета медицинских сестер и доложить о ней Совету на ее пятой сессии 6/.

6. В письме от 9 ноября 1949 года Генеральный секретарь ВМА представил Генеральному директору ВОЗ текст Международного кодекса медицинской этики, принятой Третьей Всемирной медицинской ассамблей, и заявил, что ВМА "является единственной организацией, которая может подготовить проект такого кодекса и обеспечить его принятие на профессиональной основе". Он предложил, чтобы Исполнительный совет ВОЗ "одобрил этот кодекс и помог его популяризации во всем мире" 7/. При обсуждении этого вопроса на пятой сессии Совета в январе 1950 года 8/ Совет пришел к мнению, что он не может ни одобрить, ни отвергнуть кодекс, но что он примет его к сведению и предложит Генеральному директору довести до сведения ВМА, что Совет высоко расценивает ее работу, и препроводить одновременно протоколы о прениях в Совете 9/.

7. На той же сессии Совета Генеральный директор доложил 10/, что помощник Генерального секретаря Департамента по социальным вопросам Организации Объединенных Наций запросил у ВМО консультативное мнение по поводу следующего текста, предложенного для статьи 7 Международного пакта о гражданских и политических правах:

- 
- 3/ См. приложение 1.  
4/ ВОЗ, документ EB4/9.  
5/ ВОЗ, документ EB4/MIN/1 Rev.1.  
6/ ВОЗ, резолюция EB4/4.R.24.  
7/ ВОЗ, документ EB5/29 Add.1.  
8/ ВОЗ, документ EB5/MIN/1 Rev.1.  
9/ ВОЗ, резолюция EB5/R.75.  
10/ ВОЗ, документ EB5/62.

/...

"Никто не должен подвергаться против своей воли какой-либо форме физического увечья или быть объектом медицинских или научных экспериментов" 11/.

Генеральный директор имел предварительные консультации по поводу этого текста с ВМА и с Международным советом медицинских сестер и передал Совету предложение о поправках к нему, внесенных этими двумя организациями. После обсуждения Совет назначил рабочую группу из 6 своих членов для рассмотрения этого вопроса 12/. Рабочая группа не смогла прийти к согласию и подготовила доклад большинства, получивший поддержку 4 ее членов, и доклад меньшинства, одобренный остальными двумя членами 13/. Совет решил, что Генеральный директор должен препроводить Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций лишь мнения, выраженные большинством членов Рабочей группы 14/. Эти мнения заключались в том, что формулировки, предложенные для статьи 7 проекта Международного пакта, должны быть опущены на том основании, что статья 5 Всеобщей декларации прав человека "действует как достаточно сдерживающий фактор против того поведения, которое статья 7 Конвенции призвана предотвратить" 15/.

### III. Конституционные обязанности ВОЗ в связи с приглашением, сододержащимся в резолюции 3218 (XXIX)

8. Таким образом, ВОЗ в самом начале своего существования постановила, что она не является компетентным органом, для того чтобы предлагать или одобрять международный кодекс медицинской этики. Более того, она была против широкой трактовки медицинских последствий статьи 5. Вопрос о том, какой должна быть позиция ВОЗ в отношении медицинской этики, был возрожден приглашением, содержащимся в резолюции 3218 (XXIX) к тому, чтобы ВОЗ "разработала проект принципов медицинской этики" в определенном контексте. Это предложение возлагает на ВОЗ обязанность рассмотреть внимательно с учетом ее конституции, какой должна быть ее позиция в отношении этических проблем, связанных с вопросами здравоохранения.

---

11/ Статья 7 Конвенции в настоящее время состоит из текста статьи 5 Всеобщей декларации прав человека с добавлением слов: "В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам".

12/ ВОЗ, документ EB5/Min/2 Rev.1.

13/ ВОЗ, документ EB5/98.

14/ ВОЗ, резолюция EB5.R69.

15/ ВОЗ, документ EB5/98. Статья 5 гласит: "Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению и наказанию".

/...

#### IV. Медицинская этика

9. Термин "медицинская этика" в смысле врачебной этики подразумевает писанные или неписанные правила личного поведения, регулирующие профессиональные отношения врачей со своими пациентами или друг с другом. Эти правила обычно требуют, чтобы единственной целью вмешательства врача было содействие или защита физического и психического здоровья его пациента. Они также могут относиться к злоупотреблению предоставленными законом привилегиями, такими как право предписывать опасные лекарства в соответствующих случаях; к такому злоупотреблению особыми отношениями врача со своим пациентом как попытки вступления в половую связь или нарушение профессиональной тайны; или к таким вопросам чисто профессиональных отношений, как самореклама или клевета пациентам на коллег.

10. Хотя Конституция ВОЗ предусматривает, что Организация должна сотрудничать с "профессиональными группами" (статья 2<sup>b</sup>), способствовать сотрудничеству "между научными и профессиональными группами, которые участвуют в развитии дела здравоохранения" (статья 2<sup>i</sup>), и способствовать улучшению стандартов обучения и подготовки "в области здравоохранения, медицины и связанных с ними профессий" (статья 2<sup>c</sup>), она не содержит положения, требующего или подразумевающего того, чтобы ВОЗ занималась вопросами медицинской этики.

II. Организацией, которая, по всеобщему признанию, обладает особой компетенцией в области медицинской этики, является Всемирная медицинская ассоциация (ВМА). Специализированные международные биомедицинские неправительственные организации, связанные с ВОЗ, также обратили внимание на вопросы медицинской этики в рамках своих специфических областей, а Международный совет медицинских сестер занимался разработкой правил этики, которые должны регулировать профессиональное поведение представителей профессии медицинских сестер.

12. Когда в 1947 году была создана ВМА, одним из ее первых законов был закон о разработке современного варианта "Клятвы Гиппократа", известный под названием Женевской декларации. В 1968 году на двадцать второй сессии Всемирной медицинской ассамблеи в него были внесены поправки, и он является заявлением общих принципов, которыми должен руководствоваться врач в своих профессиональных отношениях с пациентами и коллегами. ВМА также расширила эти принципы в более конкретной форме в качестве Международного кодекса медицинской этики. В 1964 году ВМА составила кодекс этики, регулирующий проведение медицинских исследований, связанных с человеком, который пользуется весьма широким признанием и цитируется и хорошо известен под названием Хельсинкской декларации. Другим этическим кодексом, принятым ВМА, является Сиднейская декларация (1968) по вопросу о критериях

/...

определения момента смерти и Декларация Осло (1970), касающаяся терапевтического аборта. Как Женевская, так и Хельсинкская декларации применимы ко всем видам взаимоотношений между врачом и пациентом, независимо от того, являются или не являются пациенты заключенными или задержанными. Тексты обеих этих деклараций прилагаются в качестве приложения 2.

#### V. Этика здравоохранения

I3. Позиция ВОЗ по отношению к этическим последствиям здравоохранения может быть лучше выражена термином "этика здравоохранения", нежели термином "медицинская этика", при этом первый относится к ответственности правительства перед населением в связи с вопросами здравоохранения, последний - к личным взаимоотношениям между конкретной категорией медицинского персонала и теми лицами, которых они обслуживают; государства обычно не являются стороной в этих взаимоотношениях, за исключением случаев, подпадающих по положения гражданско-го или уголовного законодательства. Конституция ВОЗ преследует одну единственную цель: "достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья". Поэтому правительства государств-членов ВОЗ в силу своего признания ее Конституции несут этическую обязанность делать все в пределах своих возможностей для защиты своих граждан от такой угрозы физическому или психическому здоровью, которой можно избежать, и обеспечивать им доступ к медицинскому обслуживанию. Из этого следует, что ВОЗ и правительства входящих в нее стран обязаны выступать против любых процедур, связанных с предна-меренной угрозой физическому или психическому здоровью, независимо от того, проводятся ли такие процедуры при активном или пассивном попустительстве врачей или представителей любой другой медицинской профессии или без оного. Любая из таких процедур находится в вопиющем противоречии с Конституцией ВОЗ, и поэтому ВОЗ при любых обстоятельствах должна осуждать их как неэтичные, ибо ее Конституция не содержит исключений в отношении заключенных или задержанных или любых других особых социальных групп. Позиция ВОЗ в отноше-нии права заключенных или задержанных на охрану здоровья хорошо выражена в более общем заявлении Национального совета Канады по борьбе с преступностью: "заключенный сохраняет все права обычного гражданина, за исключением тех, которых он намеренно или в силу неизбежного следствия лишен в соответствии с законом" 16/.

I4. Выражаясь кратко, ВОЗ занимается скорее "этикой здравоохранения" в смысле права всех людей, в том числе заключенных и задержанных, быть огражденными от угрозы физическому или психическому здоровью, которой можно избежать, и иметь возможность получения наилучшего медицинского обслуживания, чем медицинской этикой в смысле врачебной этики.

16/ Из Medical care of prisoners and detainees, Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p.111.

/...

VII. Толкование терминов, использованных в резолюции 3218 (XXIX)

15. Предполагается, что в рамках Конгресса Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями слова "любая форма задержания" не должны истолковываться буквально. Например, жертвы несчастных случаев или лица, пострадавшие от инфекционных заболеваний, могут задерживаться в госпиталях для лечения, а умственно отсталые или душевнобольные лица - в целях содержания под надзором и лечения. В последнем случае различия могут быть нечеткими, ибо умственно отсталые или душевнобольные рецидивисты могут в различное время быть переданы либо в тюрьму, либо в психиатрическую больницу в соответствии с национальным законодательством или действующей в данное время практикой или же отношением отдельных судей.

16. В отношении терминов "пытка", "жестокий", "бесчеловечный" и "унизительный" не существует ни медицинских, ни научных определений, а общие определения заключаются в замене одной формулировки другой. Врач или психиатр могут дать совет относительно возможного воздействия специфических процедур на физическое или психическое здоровье, однако они не могут определить, представляет ли собой данная процедура "пытку" или же она является "жестокой", "бесчеловечной" или "унизительной" или соответствует всем этим эпитетам, поскольку это - вопрос для всего общества. В заявлении Совета ВМА пытка определяется как " преднамеренное, систематическое или произвольное причинение физических или психических страданий одним или большим числом лиц, действующих самостоятельно или по приказаниям любой власти с целью вынуждения другого лица предоставить информацию, сделать признание или по любой другой причине".

17. Авторы "Доклада Комитета"<sup>17/</sup>, касающиеся утверждений о физических зверствах сил безопасности, в числе которых был видный юрист, считали, что "зверством является бесчеловечная или варварская форма жестокости и что жестокость подразумевает намерение причинить страдания одновременно с безразличием или получением удовольствия от боли жертвы". В последующем "Докладе Паркера"<sup>18/</sup>, касающемся процедур допроса лиц, подозреваемых в терроризме, другой видный юрист высмеял "это замечательное определение" жестокости и, следовательно, зверства.

<sup>17/</sup> Великобритания, Министерство внутренних дел, Report of the enquiry into allegations against the security forces of physical brutality ... cmnd. 4823, London HMSO, / n.d./.

<sup>18/</sup> Великобритания, Тайный совет. Report of the Committee of privy counsellors appointed to consider authorised procedures for the interrogation of persons suspected of terrorism, Cmnd. 4901, London, HMSO, /n.d./.

/...

18. Что касается установления понятия "унизительного обращения или наказания", то трудности при выработке пригодных определений являются еще большими, ибо сам опыт пребывания в тюрьме может быть унизительным, в особенности для человека, впервые совершившего правонарушение с точки зрения, например, лишения свободы, сознания того, что он является лицом, отвергнутым обществом, разлуки с семьей и друзьями, вынужденного общения с закоренелыми преступниками, обязательного ношения специальной одежды и подверженности к отвратительным с эстетической точки зрения мерам по удалению испражнений.

19. Ввиду невозможности выработки действенных определений тех моментов, когда пренебрежение переходит в дурное обращение, дурное обращение становится жестокостью, а жестокость превращается в пытку, в названии данного документа использовался общий термин "дурное обращение, которого можно избежать".

#### VII. Медицинский профессиональный персонал в связи с заключенными и задержанными

20. Как уже указывалось, правительства, придерживающиеся Конституции ВОЗ, несут этическую обязанность сохранять физическое и психическое здоровье заключенных и задержанных, и эта обязанность может быть выполнена лишь посредством обеспечения адекватных условий окружающей среды и гигиены, а также наличия профилактических и лечебных медицинских служб и их соответствия очевидным потребностям. Такие службы могут обеспечиваться лишь посредством привлечения медицинских специалистов на основе полного, неполного рабочего дня, сезонной работы и работы за вознаграждение, к этим специалистам могут относиться врачи (в том числе психиатры), клинические психиатры, медицинские сестры или медицинские социальные работники при наличии инфраструктуры вспомогательного медицинского персонала, обычно с полным рабочим днем, включая санитаров.

21. Медицинские работники всех специальностей и категорий были подготовлены для единственной цели охраны в пределах их установленных обязанностей здоровья тех лиц, с которыми они находятся в профессиональных отношениях. Любая попытка правительственного органа власти использовать специальные знания и опыт медицинских работников при проведении процедур, наносящих вред здоровью, будет являться грубым нарушением принципов этики здравоохранения, вытекающих из Конституции ВОЗ.

22. В специфических условиях жизни в тюрьмах или других учреждениях с ограничением гражданских свобод медицинским работникам, нанятым ответственным органом, следует дать ясно понять, что одной из их важных обязанностей является обнаруживать и докладывать о

/...

любых признаках физического или психического заболевания или недомогания, которые могут потребовать специального лечения, и что они, в частности, должны проявлять бдительность, с тем чтобы обнаруживать и сообщать о любых признаках плохого физического или психического обращения со стороны других заключенных или охраны.

23. Соображения, приведенные в пункте 21, подразумевают, что использование медицинских работников в качестве активных участников применения процедур, приносящих вред здоровью, будет неэтичным. С другой стороны, вопрос о пассивном участии вызывает значительные трудности. Например, будет ли неэтичным пользоваться услугами врача для определения того, причинит ли строгое ограничение питания или одиночное заключение непоправимый вред здоровью? При таком положении отрицательное мнение является медицинской санкцией на временное лишение заключенного или задержанного его права на условия, благоприятные здоровью. С другой стороны, при каких обстоятельствах с этической точки зрения допустимо, чтобы заключенного, отказывающегося от пищи, кормили насильно? Насильственное питание является не пассивным участием со стороны врача и другого медицинского персонала, а активным вмешательством с целью защиты заключенного от им же вызванной угрозы его здоровью. Попытка создания общих правил поведения для многочисленных ситуаций, при которых могут иметься подлинные противоречия во мнениях относительно того, какие меры со стороны медицинских работников в максимальной мере отвечают интересам заключенного или задержанного, будет полностью нереалистичной. Этические последствия некоторых конкретных ситуаций рассматриваются ниже.

#### VIII. Эволюция отношений к обращению с правонарушителями

24. Хорошо известно, что в отношении понятия уголовно-исправительных учреждений как систем по исправлению и реабилитации правонарушителей, а не средств наложения на них наказания, имела место прогрессивная эволюция. Преступность во все большей мере рассматривается как социальный недуг, требующий предупреждения и лечения, а не наказания, и этиологически относящийся к таким факторам, как социально-экономическая среда, взаимоотношения в семье, возможности в области образования и занятости и, в некоторых случаях, специфические напряженные отношения социального характера. В целом эта переориентация отношения к преступности является результатом новых медицинских или научных знаний о ее этиологии, а скорее более попустительского и сострадательного подхода к правонарушителю.

25. В некоторых странах такие действия, всего лишь несколько лет тому назад являвшиеся правонарушениями, подлежавшими каре, как попытка самоубийства, побуждение к производству абортов, гомосексуальные отношения между взрослыми лицами с обоюдного согласия,

более не являются таковыми. В связи с наиболее эффективными методами борьбы общества с правонарушителем отношение к таким действиям, которые все еще являются правонарушениями, преследуемыми в судебном порядке, также непрерывно изменяется, при этом имеется тенденция к уменьшению строгости мер наказания. Нет сомнения, что эти отношения неодинаковы не только в различных странах, но и внутри каждой страны. Для некоторых обычное заключение в тюрьму или другое "исправительное" учреждение является слишком упрощенным подходом к проблеме преступности, если только преступник не является признанной угрозой для здоровья или жизни своих товарищей. Высшая мера наказания - смертная казнь, - вероятно, является простейшим примером внутри- и международных различий в отношениях к обращению с правонарушителями. Хотя смертная казнь во многих странах была отменена, в других - здоровье преступника, пытающегося покончить жизнь самоубийством, для того чтобы избежать мук при казне через повешение, обезглавливание, на электрическом стуле, в газовой камере, посредством расстрела, может быть восстановлено, с тем чтобы общество могло лишить его жизни таким образом и тогда, когда это предписывается законом. Если в связи с высшей мерой наказания существуют такие различия в отношениях, то трудно ожидать единодушия в отношении менее радикальных посягательств на целостность личности заключенного.

#### IX. Формы дурного обращения с заключенными

26. Когда заключенные или задержанные подвергаются различным формам дурного обращения в такой мере, что они могут в целом быть признанными в качестве оправдания апелляции о "пытке", то они, как правило, практикуются втайне при полном игнорировании юридических прав заключенного, и ответственные власти могут отрицать существование такой практики. Из этого следует, что точная и поддающаяся проверке информация о степени использования крайних форм дурного обращения и мере участия, если таковое имеет место со стороны представителей медицинских профессий, отсутствует. Однако нет сомнения, что такие процедуры неизбежно приносят вред психическому, а возможно и физическому здоровью. Такая практика находится в столь вопиющем противоречии с принципами этики охраны здоровья, подразумеваемыми в Конституции ВОЗ, что дальнейшее развитие этой темы было бы напрасной тратой времени.

27. В отношении относительно незначительных форм дурного обращения имеется возможность для дискуссии и различных искренних мнений. Вопрос о том, может ли при определенных обстоятельствах тюремное заключение, как таковое, являться недозволенной формой дурного обращения, является вопросом, в отношении которого имеются большие разногласия, в частности, в случае психически неуравновешенных правонарушителей, несовершеннолетних преступников и тех лиц, единственным правонарушением которых является обладание или использование наркотиков, стимулирующих наркоманию.

/...

## X. Правонарушители с умственным расстройством

28. Некоторые лица, неоднократно совершающие мелкие правонарушения, страдают от расстройства психической деятельности. Этот факт заставляет общество решать трудную задачу: наказывать ли их за их преступления или лечить их от умственного расстройства. Кроме того, так как "никто не может абсолютно точно сказать, где кончается психическое заболевание и начинается неконтролируемое или вызывающее поведение, вполне очевидно, что могут возникать сомнения в отношении того, куда помещать лиц определенного типа - в тюрьмы или в больницы" 19/. Было выражено мнение о том, что в некоторых случаях не существует никакой границы и что правонарушитель может быть не просто душевнобольным человеком или человеком с преступными наклонностями, а и тем и другим вместе 20/.

29. Какие бы трудности ни встречались в установлении четкой границы - если таковая должна обязательно существовать - между преступностью и умственным расстройством, широкое признание получила идея того, что лицо, обвиняемое в каком-либо правонарушении, должно обладать умственной способностью вести свою собственную защиту или давать соответствующие указания адвокату и что было бы неэтично наказывать человека, который из-за своей умственной слабости не мог осознать значения правонарушения во время его совершения. С учетом таких факторов отмечается растущая тенденция к тому, чтобы суды освобождались от правонарушителей, в отношении которых было дано медицинское заключение о том, что они страдают от расстройства психической деятельности, путем обеспечения того, чтобы их поместили не в тюрьму, а в психиатрическую больницу. Такое обращение может быть либо неофициальным, когда правонарушитель соглашается подвергнуться медицинскому наблюдению и любому необходимому лечению, или обязательным, когда правонарушитель помещается в психиатрическую больницу по указанию суда либо на конкретный период времени, либо до того времени, когда по состоянию здоровья его можно будет выпустить.

30. Неоднократно указывалось - в частности Роллином 21/ - на то, что политика помещения правонарушителей, в отношении которых дано медицинское заключение о расстройстве их психической деятельности, не в тюрьмы, а в психиатрические больницы привела к возникновению новых проблем, особенно в связи с тем, что эта политика развивалась *pari passu* с развитием политики "открытых дверей" для психиатрических

19/ Scott, P.P. "Punishment or Treatment: Prison or Hospital?", British Medical Journal, 1970, 2, 167-169.

20/ Rollin, H.R. The mentally abnormal offender and the law. Oxford, London, etc. Pergamon Press, 1969.

21/ Rollin H.R. "Social and Legal Repercussions of the Mental Health Act, 1959", British Medical Journal, 1963, 1, 786-783 и цит.сог. 1969 (сноска 20).

больниц. В Соединенном Королевстве это новое отношение к душевнобольным правонарушителям нашло свое отражение в Законе 1959 года о психическом здоровье, который вступил в силу к концу 1960 года. В качестве примера Роллин приводит одну психиатрическую больницу, в которую в течение прошлого года, до того как вступил в силу новый Закон, было помещено 19 душевнобольных правонарушителей. В течение первого года после принятия этого Закона их число достигло 98. Совершенно очевидно, что этот значительный приток больных, которые являются не только душевнобольными, но и виновными перед обществом, налагает новое бремя на руководство психиатрических больниц.

31. По опыту Роллина, до 80 процентов правонарушителей, помещенных в психиатрические больницы, страдали от шизофрении. Несмотря на оптимистические заявления в отношении того, какое воздействие оказывают психоактивные лекарственные вещества на улучшение прогностики шизофрении, такой диагноз подразумевает, что, по-видимому, ряд правонарушителей, страдающих от шизофрении, будут невосприимчивы ни к каким формам лечения. Однако среди психиатров нет единодушного мнения в отношении частотности случаев шизофрении среди душевнобольных правонарушителей. Так, например, Клоект установил, что только у одного из 500 таких правонарушителей можно было с абсолютной уверенностью установить диагноз шизофрении 22/. Такое огромное различие - от более 80 процентов до 0,2 процента - может объясняться лишь применением различных критериев в отношении диагноза и различных критериев в отношении помещения в психиатрические больницы. Определенную роль, по-видимому, сыграли и различия в характере правонарушений. Однако эта роль, разумеется, довольно незначительна, так как многие рецидивисты совершают в различное время различные правонарушения, и их досье могут служить настоящей антологией таких мелких правонарушений, как кража, преднамеренный ущерб имуществу, появление в неприличном виде, мелкая кража в магазинах, пьянство и нарушение порядка. Особую проблему создает наличие в условиях "открытых дверей" для психиатрических больниц большого числа случаев бегства, которые гораздо чаще встречаются среди правонарушителей, чем среди лиц, не нарушивших закона.

32. Совершенно очевидно, что многие душевнобольные правонарушители, по словам Роллина, "неисправимы, говоря языком юристов, и неизлечимы, говоря языком психиатров" 23/, и им предназначено прозябать между периодами непродуктивной свободы и, после повторных нарушений закона, периодами заключения в тюрьмы или в психиатрические больницы. Лишь некоторые из них имеют отчаянный характер, и в целом они

22/ Kloek, J. "Schizophrenia and Delinquency: The Inadequacy of our Conceptual Framework", In Reuck, A.V.S. & Porter, R. The mentally abnormal offender. London, J. & A. Churchill, 1968 p. 19.

23/ Rollin, H.R. op. cit. 1969, p. 121.

/...

представляют скорее не опасность для общества, а просто нарушителей общественного порядка. Временным решением проблемы того, помещать ли душевнобольных правонарушителей в тюрьмы или в больницы, является создание психиатрических отделений в тюрьмах. В таких отделениях терапевтическая атмосфера и цели могут сочетаться с обеспечением безопасности тюрьмы. Следует сделать вывод о том, что для определения целесообразности того, следует ли заключать какого-либо правонарушителя в тюрьму или помешать его в психиатрическую больницу для наблюдения за ним и лечения, не существует никаких общеприемлемых принципов, но в каждом случае за каждым правонарушителем должен обеспечиваться надлежащий медицинский уход в целях лечения физического или психического заболевания.

#### XI. Лица, страдающие наркоманией

33. В различных странах по-разному относятся к тому, какие надлежащие меры должны применяться для решения проблемы злоупотребления веществами, вызывающими наркоманию, что находит свое отражение в законодательных актах этих стран <sup>24/</sup>. В некоторых странах даже само обладание и/или использование небольших количеств таких наркотических средств для личного употребления является преступлением, наказуемым тюремным заключением иногда на срок до двух лет. В других странах наркоманы могут быть помещены на установленный или неопределенный период времени для лечения в психиатрические больницы или специальные дезинтоксикационные клиники. А в некоторых странах рассматривается вопрос о декриминализации использования марихуаны. Защитники принципа помещения в лечебные заведения считают, что амбулаторное лечение является неэффективным. Однако в некоторых странах наркоман не может быть подвергнут заключению, если он официально обязуется пройти курс медицинского лечения. Такое лечение может принимать форму постепенного устранения наркотика и замены метадоном или другими наркотиками; и в том и в другом случае может быть использована психотерапия. Необходимо разработать положение о регистрации наркоманов и выдаче им врачами, утвержденными для этой цели соответствующими органами, необходимых для их жизни доз наркотического средства. Хотя среди врачей существуют различные мнения в отношении положительных сторон лечения в больничных и в амбулаторных условиях, существует почти полное единодушие в отношении того, что зависимость от наркотиков, включая алкоголь, является формой заболевания, в отношении которой уголовные наказания являются абсолютно неприемлемыми. Все высказанное применяется в отношении обладания и использования наркотического средства *per se*. Разумеется, существуют и связанные с наркотиками правонарушения, такие как подделанные и обманутые путем измененные медицинские рецепты, кража наркотиков, грабеж с применением или без применения насилия с целью незаконной покупки

<sup>24/</sup> "Treatment of Drug Addicts: A survey of Existing Legislation". *Int.Dig.*  
*Hlth Leg.* 1962, 13, 4-46.

/...

наркотиков и вождение автомобиля под действием наркотика. Хотя в большинстве стран все эти правонарушения наказываются тюремным заключением, они также представляют собой побочные эффекты патологического состояния, излечимого только с помощью соответствующего медицинского лечения, и именно в этом свете их и следует рассматривать. В представленном Всемирной организации здравоохранения заявлении, выдержка из которого прилагается для информации в качестве приложения 3, Международный совет по проблемам алкоголизма и токсикомании "призывает к устраниению из уголовных кодексов всех законов, предписывающих уголовные наказания для отдельных лиц, единственным преступлением которых является пристрастие к какому-либо химическому веществу, и к передаче юрисдикции над такими лицами от уголовных органов медицинским органам и органам здравоохранения этого государства".

## XII. Насильственное кормление

34. В психиатрических больницах насильственное кормление некоторых больных является обычной процедурой. Такие больные обычно рассматриваются как "немые, оцепеневшие и недоступные", и они отвергают любые действия, включая прием пищи. В таких случаях может быть только два решения: либо позволить им умереть от голода, либо насильственно кормить их обычно с помощью гибкой трубки, пропускаемой по пищеводу. Процедура насильственного кормления является не-приемлемой для всех этих лиц. Иногда двум или более сестрам приходится удерживать такого больного, в то время как врач силой открывает ему рот с помощью металлического роторасширителя, опускает конец трубки в смазочное вещество, пропускает трубку в пищевод и через нее подает должным образом сбалансированное жидкое питательное вещество. Хотя эта процедура может выполняться ежедневно в течение нескольких лет, тем не менее она представляет определенную опасность, особенно в случае с сопротивляющимися больными, так как эта жидкость может попасть в трахею и вызвать пневмонию, которая может привести к смерти. Тем не менее, никто не будет отрицать того, что этической задачей является делать все возможное для сохранения жизни душевнобольного, в отношении которого может не быть абсолютно или почти никакой надежды на окончательное восстановление его умственной способности и включение в общественную жизнь.

35. Именно в этом свете следует рассматривать вопрос о насильственном кормлении лиц, находящихся в заключении или содержащихся под арестом. Лица, находящиеся в заключении или под арестом и решавшие объявить "голодную забастовку", вполне возможно, совершили преступление, даже ужасающее преступление, связанное со смертью невинных жертв или с нанесением имувечий, однако их мотивы являются в большей степени социальными, чем личными. В таких случаях преднамеренный отказ от еды является дополнительной формой протesta и средством для того, чтобы обратить внимание общественности на такую социальную причину. Некоторые хотят довести добровольное голодание до самоубийства в надежде, что их муки будут содействовать их делу. В

/...

других случаях мотивы могут быть менее идеалистическими и представлять лишь желание ошеломить или поставить в затруднительное положение тюремные власти, а также вызвать симпатию общественности.

36. Статья 6 "руководящих принципов", принятых Советом Всемирной медицинской ассоциации, осуждает без оговорок "искусственное" кормление заключенных, которые отказываются от пищи и которые, по мнению врача, способны сформулировать "здравое и рациональное суждение" в отношении последствий такого отказа. Однако возражение против кормления какого-либо лица против его воли заключаются не в том, что эти методы являются искусственными, а в том, что они являются насильтственными. Как уже говорилось ранее, искусственное кормление может быть в определенных обстоятельствах абсолютно бесспорной процедурой для спасения жизней. Кроме того, считается возможным, что заключенного можно заставить принимать пищу естественным путем с помощью угрозы подвергнуть его пыткам или повредить его семье. В связи с этим предлагается, чтобы обычно употребляемые термины "насильственное кормление" или "кормление с помощью силы" более точно отражали намерение этой рекомендации.

37. Несмотря на содержащийся в рекомендации ВМА (приложение 1) безусловный отказ от насильтственного кормления заключенных, мнение врачей по этому вопросу ни в коей мере не является единодушным. Настойчивый отказ от принятия пищи до наступления смерти является формой самоубийства, единственной формой, в отношении которой предлагалось, что врач обязан предпринять все необходимые превентивные или лечебные меры для сохранения жизни. Например, статья 63 французского уголовного кодекса предусматривает тяжелое наказание, включая заключение сроком до пяти лет, для любого лица, воздерживающегося от оказания помощи находящемуся в опасности человеку, если он может сделать это без риска для самого себя или для других 25/. В 1974 году министр внутренних дел Соединенного Королевства заявил, что тюремный врач пренебрегает своими служебными обязанностями, если он позволяет, чтобы здоровье заключенного, объявившего голодную забастовку, было в опасности 26/. На состоявшемся в 1972 году Международном симпозиуме по медицинскому уходу за заключенными один тюремный врач заявил:

"В настоящий момент я занимаюсь одним человеком, который добровольно не ел в течение 18 месяцев. Я не собираюсь позволить ему умереть. В этом вся суть проблемы. Это довольно неприятное дело, однако, прежде всего, нужно думать о святости жизни человека ." 27/

25/ Ordre des Médecins. Guide d'exercice professionnel à l'usage des médecins. Paris, Masson et Cie, 1969, p.84.

26/ Brit. med.J., 1974, 3, 52.

27/ Medical care of prisoners and detainees, Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p.91.

Другой тюремный врач сказал:

"Для меня совершенно ясно одно: их необходимо кормить".

38. Вопрос о том, что является "здравым и рациональным решением" отказаться от еды, несомненно, не простой вопрос, и может возникнуть, как было в некоторых случаях, мнение, что такой отказ сам по себе является доказательством здравого суждения. Даже если врач решит, что суждение заключенного является здравым в начале голодной забастовки, все еще остается вопрос о том, сохраняется ли такое здравое суждение на всем протяжении прогрессирующего истощения, которое неизбежно приводит к смерти, или же чрезвычайная физическая слабость или помутнение сознания могут стать причиной утраты желания жить. Кроме того, вполне вероятно, что некоторые заключенные, противясь насильственному кормлению, втайне приветствуют его как способ сохранить одновременно и их мучения и их жизнь.

/...

### XIII. Наказание за дисциплинарные проступки

39. Приостановление привилегий. Эта форма наказания может предусматривать такие меры, как временное ограничение или приостановление права принимать посетителей, отправлять или получать письма, смотреть телевизор, пользоваться тюремной библиотекой, участвовать в спортивных состязаниях или в полезных занятиях. Хотя такие санкции могут сделать несчастного заключенного еще более несчастным, именно это и является их целью, и рассматривать их как представляющие угрозу для психического здоровья было бы абсолютно неправильно.

40. Телесное наказание. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (упоминаемые далее как минимальные стандартные правила) безоговорочно отвергают любую форму "телесного наказания" 28/. В связи с этим нет необходимости говорить об их воздействии на состояние здоровья. Однако эти правила не устанавливают, какие процедуры входят в понятие "телесного наказания". Вполне очевидно, что это понятие подразумевает нанесение боли ударами тростью, розгами, веревкой или любым другим тупым предметом. Оно не подразумевает сокращения норм питания, о чем отдельно говорится в правиле 32. Не установлено, подразумевает ли оно такие причиняющие неудобства меры, как лишение матраса, насильственное принуждение к принятию неудобных поз или истощающие физические упражнения. Следует отметить, что правило 31 не соблюдается во всех странах: в некоторых из них при осуществлении тюремного наказания ударами тупым предметом должен присутствовать врач.

41. Строго ограниченные нормы питания. Заключенный может быть наказан за дисциплинарный проступок строго ограниченной нормой питания, обычно на определенный период времени. Минимальные стандартные правила не отвергают "сокращения норм питания" как наказания, однако, требуя, чтобы врач в письменной форме заверил, что заключенный может вынести его 29/ и что он "будет ежедневно посещать заключенных, подвергаемых такому наказанию, и будет предупреждать директора о необходимости, по его мнению, прекратить или заменить наказание по причине состояния физического или психического здоровья 30/. Обычно в ограниченных нормах питания нехватает белковых калорий, витаминов и минеральных веществ (включая мельчайшие вещества), которые являются необходимыми для поддержания физического здоровья, и, кроме того, в них могут отсутствовать даже углеводороды, необходимые для сохранения веса. Разумеется, существует очень много сомнений в отношении этической приемлемости того, чтобы тюремные медицинские службы использовались в качестве инструмента для определения того, какие меры, отрицательно сказывающиеся на состоянии здоровья, пусть

28/ Правило 31.

29/ Правило 32 (I).

30/ Правило 32 (3).

даже временно, можно применять для наказания заключенного. Такая концепция равносильна сведению задачи тюремной медицинской службы с сохранения и улучшения состояния здоровья заключенных до консультаций в отношении того, в какой степени можно вредить их здоровью без постоянных или смертельных последствий.

42. Одиночное заключение. Минимальные стандартные правила предусматривают такое же медицинское наблюдение за так называемым "тесным заключением", как и за "сокращением норм питания" ЗI/. Сама необходимость в таком наблюдении подразумевает, что "тесное заключение" может представлять угрозу для психического здоровья. Если это так, то как, и в случае со строго ограниченными нормами питания встает вопрос о том, является ли оказание тюремным властям помощи в определении тех промежутков времени, в течение которых они могут устанавливать меры, отрицательно сказывающиеся на состоянии здоровья, пригодной функцией для тюремной медицинской службы, задачей которой является поддержание состояния здоровья заключенных. Когда одиночное заключение устанавливается не в качестве меры наказания, а в качестве средства защиты других заключенных, от тюремной медицинской службы обычно не будут требовать брать на себя ответственность за рекомендации в отношении его последствий.

43. Совершенно очевидно, что как в случае со строго ограниченными нормами питания, так и в случае с одиночным заключением тюремный врач, как это указывается в разделе XV настоящего доклада, может столкнуться с дилеммой, для которой не существует простого и общепринятого ответа.

#### XIV . Методы сдерживания

44. Механические методы. Неуправляемые и буйные заключенные, которые наносят ущерб тюремному имуществу, представляют угрозу для других заключенных и для тюремного персонала, и которые могут даже попытаться совершать акты самоуничтожения, несомненно, должны быть сдержаны теми или иными методами в их собственных интересах и в интересах других людей. Такое сдерживание может быть причиной для перевода в психиатрическую больницу, где меры сдерживания все еще могут быть необходимы, пусть даже временами. Такое сдерживание может принять форму заключения в закрытой тюремной камере или в больничной комнате. Если такое лицо проявляет тенденцию к самоубийству, может возникнуть необходимость в заключении его в обитую каким-либо мягким материалом камеру, которую иногда ради эвфемизма называют "тихой комнатой", однако в настоящее время отдается предпочтение сдерживанию с помощью химических средств вместо изоляции и, если

---

ЗI/ Правила 32 (1) и 32 (3).

это возможно, постоянному присутствию сестры или какого-либо родственника. Однако по этому вопросу среди врачей нет единодушного мнения. Например, было выражено мнение, что "гораздо лучше изолировать неуправляемого взвешенного человека, чем, удерживая его, сделать ему инъекцию" 32/. Правило 54 (2) Минимальных стандартных правил гласит: "Тюремные служащие должны проходить специальную физическую подготовку, с тем чтобы они могли сдерживать агрессивных заключенных". Предлагается к этому правилу добавить слова "не наносится имувечий".

45. Минимальные стандартные правила осуждают применение в таких случаях цепей или кандалов, однако, судя по их смыслу, не исключают возможности использования наручников или смирительных рубашек в качестве "меры предосторожности против побега во время перевода" или "по медицинским причинам на основе указания врача". Однако ни один современный психиатр не согласится с точкой зрения о том, что могут существовать какие-либо медицинские причины для применения таких механических методов сдерживания. Минимальные стандартные правила не упоминают о химических методах сдерживания, о сдерживании с применением электрошока или о психохирургии, однако все эти методы использовались, и среди них, несомненно, самым обычным методом является метод химического сдерживания.

46. Химическое сдерживание. Метод химического сдерживания отнюдь не является современным методом, ибо уже примерно век назад начали применять бромиды, обычно бромистый калий. Понадобилось почти полвека, чтобы полностью осознать, что длительное употребление бромидов в качестве успокаивающего средства вызывает их постепенное накопление в крови и в тканях, ведущее к состоянию хронического отравления бромидами, которое вызывает умственные заболевания или приводит к их обострению. Многих больных, содержащихся в течение нескольких лет в психиатрических больницах, удалось выпустить почти полностью психически здоровыми в результате перерыва в их лечении. Другими химическими веществами, используемыми поочереди, а иногда и одновременно для сдерживания буйных больных, являются хлорал, паральдегид и слабые барбитураты. Все, без исключения, пациенты психиатрических больниц регулярно обрабатывались одним или более из этих химических веществ с целью сделать их более послушными в результате вызываемого этими веществами снижения их интеллектуальных и эмоциональных способностей.

47. В настоящее время существует гораздо больше лекарственных средств, которые могут использоваться для различных видов химического сдерживания душевнобольных лиц, будь то больничные пациенты или же заключенные. С одной стороны, имеются современные "успокаивающие средства", которые благоприятно воздействуют на состояние

---

32/ Scctt, P.D. op. cit. 1970, (footnote 19).

ума без какого-либо видимого снижения интеллектуальной способности или социальной приспособляемости и которые могут даже повышать такую приспособляемость, а с другой стороны, имеются такие наркотические средства, которые используются для того, чтобы вызвать состояние апатии или даже потерю сознания. Вполне очевидно, что само по себе использование слабых или сильных методов химического сдерживания не является желательным и что такое сдерживание оправдывается только в тех случаях, когда оно абсолютно необходимо и когда оно представляет меньшую опасность по сравнению с другими средствами сдерживания. С этим связана проблема в отношении тех правонарушителей, которые привыкли полагаться на успокаивающие средства, с медицинским рецептом или без такового, до заключения в тюрьму. В этом случае ставят вопрос о том, следует ли продолжать выдавать им такие наркотические средства. Может существовать и такое обратное положение, когда успокаивающие средства предписываются заключенному илильному впервые только после его задержания и когда ко времени своего освобождения он, вполне возможно, уже начал полагаться на такие наркотические средства. Этические проблемы, вызываемые такой ситуацией, довольно сложны и на них нет какого-либо простого ответа. Однако здесь целесообразно напомнить, что те формы химического сдерживания, которые признавались на протяжении всей известной истории, в настоящее время считаются неприемлемыми. Бряд ли можно сомневаться в том, что нынешние методы могут быть отвергнуты в будущем, но что они будут всегда применяться под медицинским наблюдением до тех пор, пока не будет найдено какое-либо лучшее решение.

48. Электрошок. В обзоре по вопросу о терапии электрошоком (ТЭШ) для психически ненормальных заключенных авторы 33/ выразили надежду :

"Что этот метод лечения будет в ближайшем времени регулярно применяться к отдельным случаям психических заболеваний, наблюдавшимся в тюрьмах. Его применение обещает большой успех врачу, занимающемуся лечением душевнобольного преступника".

Этот метод считается целесообразным при лечении "психоза, психоневроза и психопатии" 33/. Следует отметить, что эти три группы охватывают весь круг психических заболеваний, за исключением умственной отсталости. Авторы также ссылаются на опубликованную работу одного врача крупной тюрьмы,

"который занимался лечением большого количества заключенных, проявляющих первые признаки психического заболевания, с целью недопущения, насколько это возможно, развития серьезного психоза" 34/.

33/ Almensi, R.J. & Impastato, D.J. "The Use of Electroshock Therapy in Correctional Institutions". In: Lindner, R.M. & Seligor, R.V. Handbook of correctional psychology. New York, Philosophical Library, 1947.

34/ The names of the author and the prison are given without a bibliographical reference.

/...

49. Авторы заявляют, что такое лечение требует присутствия врача и трех ассистентов, или четырех ассистентов для "особо сильных пациентов", и что

"нежелание подвергнуться лечению иногда является первой встречающейся трудностью... В таких случаях мы применяем 0,5 мг амита-ла соды внутривенно или внутримышечно".

Критические замечания в отношении использования ТЭШ для буйных или неуправляемых больных сводятся к тому, что фактически она используется в качестве формы сдерживания, хотя по своим целям она, несомненно, является терапевтическим методом 35/.

50. Какими бы ни были положительные и отрицательные стороны ТЭШ, абсолютно недопустимо использование наркотических средств для сопротивляющегося заключенного с целью подвергнуть его тому или иному лечению. Кроме того, ТЭШ является абсолютно эмпирической формой терапии, не имеющей научной основы, мнения среди врачей относительно ее ценности разделились, и она не всегда проходит без осложнений, таких как компрессионный перелом позвоночника или переломы других костей, хотя использование расслабляющих мышцы средств уменьшило эту опасность. Можно прийти к выводу о недопустимости того, чтобы принуждать заключенного силой к употреблению наркотических средств, или к согласию на какую-либо форму медицинского лечения против его воли и чтобы подвергать его в тюрьме, даже при его желании, ТЭШ или любой другой форме медицинского лечения, которая хоть в какой-то степени является спорной.

51. Психохирургия. Предлагаемые возражения против использования ТЭШ для заключенных еще в более полной мере относятся к использованию психохирургии, при которой наносится неизлечимый вред важнейшим участкам мозга с целью вызвать изменения в поведении. Тем не менее, мнения врачей по этому вопросу не являются единодушными. На Международном симпозиуме по медицинскому уходу за заключенными, который уже упоминался выше, один из участников в нем психиатров выразил мнение, что

"при современном прогрессе в таких методах, как например, операции на височной доле и т.д., было бы абсолютно несправедливо не применять к заключенным этого метода, даже если он и является экспериментальным в том плане, что его результат не всегда можно предугадать" 36/.

35/ For example, Hunter, R.A. "The Rise and Fall of Mental Nursing". Lancet, 1956, 1, 98-99.

36/ Medical care of prisoners and detainees. Ciba Foundation Symposium 16 (new series), Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p.72.

/...

Другой психиатр, говоря о лоботомиях, заявил:

"Я считаю их проклятием. По моему мнению, они лишь наносят постоянный ущерб, не давая никакого шанса на спасение. Ряд лоботомий был осуществлен на так называемых социопатах, и их единственным результатом было то, что они сделали их еще более социопатичными". 37/

Один из участвующих анатомов коснулся "этического вопроса о правах общества отдавать приказы о частичном уничтожении заключенного с помощью хирургии" 38/. Он также отверг идею о том, что с помощью психохирургии можно ликвидировать преступную агрессивность, не затронув другие аспекты личности и поведения. Психохирургия, по-видимому, является наиболее спорной из всех форм медицинского лечения, применяемых в настоящее время, и поэтому этот метод ни в коем случае не должен применяться к заключенным.

52. Кастрация. Существуют самые различные мнения в отношении этического оправдания кастрации, как средств сдерживания aberrantного сексуального поведения, и в отношении того, насколько эффективной является эта процедура в достижении своих целей. Кастрация заключенных, осужденных за неоднократные сексуальные преступления, может при определенных условиях предусматриваться в законодательстве одной страны, в то время как в законодательстве другой страны кастрация по любым другим причинам, помимо лечения органической болезни, является деликтом и преступлением. В одной небольшой европейской стране тюремные власти могут посоветовать лицам, задержанным за сексуальные преступления, подать прошение о выдаче им разрешения на кастрацию. Такое прошение должно быть в письменной форме и тюремный врач должен объяснить этому заключенному характер и возможные последствия этой операции. Прошения рассматриваются Судебным медицинским советом, который докладывает министерству юстиции. Разрешения выдаются министром и операция может быть сделана только по истечении шести месяцев после получения разрешения. В случае психического заболевания или умственной отсталости такое прошение может быть представлено родителем или другим законным опекуном. Лицо в возрасте до 21 года не может быть подвергнуто кастрации, "если для этого нет особых причин" 39/. Эти причины конкретно не указываются. "Яички обычно заменяются протезами, с тем чтобы внешний вид мошонки оставался неизменным" 40/.

---

37/ Ibid., p.97.

38/ Ibid , p. 97.

39/ Эти требования излагаются в Законе 1967 года, отрывки из которого приводятся на английском языке в Int. Dig. Hlth.Leg., 1968, 19,746-749.

40/ Stürup, G.K. "Sex Offenders in Denmark". In: Ramsey, I.T. & Porter, R., Personality and science, Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1971.

53. В упоминавшейся выше стране за период с 1929 по 1959 год было сделано 900 кастраций. Из этого числа примерно одна треть лиц были заключенными или арестованными, другая треть - пациентами психиатрических больниц и заведений для умственно отсталых и оставшаяся третья - не содержащимися ни в каких заведениях лицами, подавшими прошения об операции 41/. Последующие доклады об этих лицах, которые все без исключения считались "сексуальными правонарушителями", показывают, что только двадцать человек (2,2 процента) повторили сексуальные преступления. Было заявлено, что "более 90 процентов этих пациентов были удовлетворены операцией" и что этот опыт "полностью соответствует результатам исследований, проведенных в других европейских странах". Также заявлялось, что "нет ничего необычного в том, что адвокаты поднимают вопрос" о кастрации 42/. Из этого последнего заявления можно сделать вывод о том, что обвиняемый, обязующийся обратиться с прошением о кастрации, может надеяться на то, что в результате этого он получит меньший срок.

54. Как заявил один выдающийся криминолог:

"любое необратимое вмешательство, затрагивающее физическую целостность человека, является одним из немногих примеров, когда речь идет об основных принципах. Можно либо соглашаться, либо не соглашаться: компромисса найти нельзя". 43/

Лица, не согласные с кастрацией сексуальных правонарушителей, заявляют, что эта практика является неэтичной, так как правонарушитель или заключенный добровольно вызвавшийся на эту операцию, находится под воздействием надежды на более легкий приговор, или, если он уже содержится в тюрьме, на более скорое освобождение из заключения, и тем самым не может дать свободного согласия, не ограниченного какими-либо иными соображениями, наувечье, о котором позднее он может жалеть. Заключенные, просившие об этой операции, считались лицами, "менявшими свои яички на свою свободу" 44/. Существует промежуточное мнение о том, что заключенному можно посоветовать отложить решение об операции до освобождения его из тюрьмы. Однако некоторые власти сомневаются не только в этической оправдываемости кастрации, но и в ее эффективности, приводя ради примера случай с одним насилиником, который добровольно согласился на кастрацию и "через два года был вновь в тюрьме, так как он занялся приставанием к детям и убийством" 45/. Менее кардинальной формой гормонального

41/ Stürup, G.K. op. cit., 1971.

42/ Idem.

43/ Medical care of prisoners and detainees. Ciba Foundation Symposium 16 (new series). Amsterdam, London, New York, Associated Scientific Publishers, 1973, p.73.

44/ Ibid., 1971, p.72.

45/ Ibid., p. 75.

сдерживания является подкожное введение шариков стилбестрола, однако этот метод был раскритикован как неэффективный.

55. Слабость любой формы гормонального сдерживания заключается в том, что насилие, как и любое другое сексуальное преступление, является не просто результатом сильного полового влечения, а скорее комбинацией полового влечения, которое не обязательно должно быть больше, чем у людей, не совершающих насилие, с желанием совершить изнасилование. Другими словами, не существует никакой доказанной статистической взаимосвязи между силой полового влечения - для него в любом случае не существует никаких средств объективного измерения - и возможностью совершить изнасилование. Кстати, известны случаи сексуально мотивированных убийств импотентными или почти импотентными людьми. Кроме того, не существует даже никакой признанной взаимосвязи между уровнем циркулирующих андрогенных гормонов и силой либидо. Можно сделать вывод о том, что, независимо от этических соображений, среди врачей нет общепризнанного мнения о том, что кастрация или гармональная демаскулинизация являются эффективными средствами лечения сексуальных правонарушителей и что, соответственно, эти методы являются спорными методами для обращения с заключенными.

## XV. Методы интенсивного допроса

56. Общеизвестно, что методы интенсивного допроса, связанные с различной степенью грубого обращения, иногда использовались для получения информации или признаний от военнопленных в нарушение Женевских конвенций, а также зачастую в нарушение национальных законов или конституционных прав. Существует особый соблазн применять такие методы в отношении задержанных, не признанных виновными, подозреваемых в особо опасных преступлениях, которые вызывают возмущение не только широкой общественности, но и представителей закона и порядка, таких как убийства, изнасилования и варварские бомбардировки, в результате которых невинные жертвы были убиты или получили телесные повреждения. Эти методы могут применяться в отношении задержанных, подозреваемых в совершении или намерении совершить, а также осведомленности о намерении других совершить акты терроризма. Тот факт, что на такие методы в целом смотрят с отвращением, и что они наносят вред международной репутации любого правительства, которое допускает их применения, ведет к их скрытию и отрицанию властями. Обычно единственной информацией, которая имеется в отношении подобных методов, являются заявления бывших задержанных, которые заявляют о том, что подвергались им. Хотя такие заявления на деле могут быть правдивыми, они имеют статус голословных утверждений, а не вердиктов, провозглашенных в результате очной ставки обвинителя и обвиняемого, и объективной оценки существа данного дела беспристрастным судом.

57. Несколько лет назад в результате гражданских беспорядков появились редкие примеры подробных общественных и официальных расследований утверждений о грубых методах интенсивного допроса. Этот пример не отобран для упоминания в данном докладе, поскольку практикуемые методы представляли собой особенно вопиющие посягательства на права задержанных. И наот рот, заинтересованное правительство прибегло к благородному и необычному методу назначения по двум делам независимых жюри присяжных заседателей, состоящих из людей, занимающих видное положение в общественной жизни, с тем чтобы заслушать показания как задержанных, которые заявили о том, что они подвергались вызывающим возражения процедурам, и соответствующих тюремных должностных лиц, включая медицинский персонал, причем в результате методы, против которых протестовали задержанные, перестали применяться. Доклады обеих жюри присяжных заседателей были изданы в качестве правительственных публикаций.

58. Хотя неприятно восстанавливать в памяти негприемлемые методы, от которых с тех пор отказалось данное правительство, сама откровенность официальных публикаций этого правительства сделала их единственными источниками информации о характере некоторых методов интенсивного допроса. Нет сомнений в том, что в других странах применялись методы подобной или даже большей жестокости, однако любая

/...

информация о них поступает в результате утверждений тех, кто объявляет себя жертвами, а не в результате действительно беспристрастного расследования.

59. Два опубликованных доклада, о которых говорилось выше, общеизвестны как доклад Комптона и доклад Паркера, ссылка на которые содержалась в разделе VI этого доклада, и авторы каждого из них были членами разных жюри, состоявших из трех человек. В докладе Комптона приводятся показания одиннадцати задержанных, подозреваемых в участии в террористической деятельности, и показания тюремных должностных лиц. Все задержанные жаловались на то, что их головы покрывались колпаками на все время за исключением допроса или того времени, когда они находились наедине в своих камерах, и что, находясь в камерах, они были вынуждены выслушивать постоянный монотонный шум. Они жаловались также на то, что в ходе допроса их заставляли подолгу стоять лицом к стене с поднятыми руками и разведенными ногами, что их питание было ограничено хлебом и водой и что они были лишены возможности спать. Жюри обнаружило, что все эти утверждения являются правдой и что каждый из применявшимся методов - одевание колпаков, постоянный шум, постановка лицом к стене, лишение сна и резко ограниченное питание - представляют собой плохое в физическом отношении обращение, которое не является равносильным "жестокости". Жюри обнаружило также, что имела место "недостаточная осведомленность об опасных с точки зрения медицины последствиях, связанных с этим видом деятельности", и что существовали недостатки в мероприятиях по "медицинскому обеспечению".

60. Авторы доклада Паркера были членами жюри, состоявшего из трех тайных советников. Два из них составили доклад от имени большинства, оправдывающий эти методы допроса при условии наличия некоторых мер безопасности. Третий член, бывший лорд-канцлер, составил доклад от имени меньшинства, в котором осуждались эти методы, как не только неоправданные в моральном отношении, но и противозаконные. Правительство согласилось с докладом меньшинства.

61. В упомянутом выше примере медицинские работники, ответственные за здоровье задержанных, были обязаны подтвердить, могут ли эти задержанные подвергаться грубому с физической точки зрения обращению, которое было частью процедуры допроса. Авторы доклада Комптона высоко оценивали "соответствующих медицинских работников за эффективный способ, с помощью которого они выполняли эти неожиданные обязанности", критиковалось лишь то, что эта медицинская проверка не носила достаточно систематического характера. Поскольку действующий метод допроса впоследствии был объявлен незаконным, эти медицинские работники невольно оказались участвующими в противоправной практике.

/...

62. Если жестокое физическое обращение с задержанными является частью методов допроса, будь то в соответствии с законом, или в нарушение его, тюремный медицинский персонал оказывается в затруднительном положении, сложность которого не следует преуменьшать. Если он осматривает задержанного, не может обнаружить никаких свидетельств того, что метод допроса может привести к нанесению постоянного ущерба здоровью и дает соответствующее заключение, он становится участником общей процедуры допроса. Если он отказывается выразить мнение в отношении способности задержанного вынести данный метод допроса, он может оказаться пассивно участвующим в применении метода, который может нанести постоянный ущерб здоровью или даже угрожать жизни задержанного, ибо маловероятно то, что лишь отсутствие медицинского заключения удержит ответственных лиц от проведения допроса. Поэтому очевидно, что единственным результатом медицинского обследования будет ограждение от применения жестоких физических методов обращения к некоторым задержанным, которые в противном случае были бы им подвергнуты.

63. Как и в случае одиночного заключения и строго ограниченного питания кажется ненормальным то, что тюремную медицинскую службу используют, как это имело место, для отбора заключенных или задержанных в целях применения к ним методов грубого обращения. С другой стороны, без вмешательства медицинской службы, задержанные, не способные выдержать грубого обращения, тем не менее могут быть подвергнуты ему. При данных обстоятельствах тюремному медику может быть очень трудно вынести заключение относительно того, какой курс действий окажется наилучшим в отношении конкретного задержанного. В действительности это не медицинская проблема, а вопрос совести общества в целом.

#### XVI. Биомедицинские эксперименты на заключенных

64. Уже упоминалось о методах сдерживания, путем применения процедур в отношении которых существует широкое разнообразие мнений и которые должны поэтому рассматриваться как экспериментальные и в силу этой причины не подходящие для обращения с заключенными. Это особенно относится к тому случаю, когда заключенные не имеют доступа к личному врачу по собственному выбору, хотя, если бы они имели такой доступ, то выбранный ими врач мог бы оказаться одним из тех, которые выступают против подобного обращения. Терапия, связанная с возбуждением отвращения, хотя она и не является формой принуждения, должна также рассматриваться в качестве метода, который все еще находится на экспериментальной стадии. Она применялась, среди прочего, к лицам, испытывающим влечение к наркотическим средствам, преступникам на сексуальной почве и заядлым игрокам в азартные игры, слабости которых привели их в столкновение с законом.

/...

46/ "Togurmebi 3afoopoba n uoba hehobera a cete hayaho-texhi-  
necko ro ngorpecca". Togura B03, pacuopocapahenin komcneni no  
uoba am hehobera skohomnecko ro n gunanphoro gobeta a kaecte no-  
kymera E/CN.4/1173, 18 febraria 1975 rota.

o tom, ato tpe6oaraoch ot sakhienehix rak jodgoborjueb, ni ito  
tjoppmi ha bce xypahx. Ihan pacuapambari o xote akcnepmehtra,  
tjoppmi, n he tonpa ro applynx sakhienehix, ho takke n cnykawinx  
tjoppmi, "Uo6poborjua 6pin npeametan, bi3abrami ntepec beeb  
"Uo6poborjua jinsb a ochobon npeametan".

U Janee:

47/ B ueron hehober hykkaetcia a herkotopon crinymnunin".  
hine. Oh takke rhocnt herkotopya jow ro36yakmena a tajpemay  
matt aro ohho6pazne n no3amoy arnaretca herkotopon pasbene-  
crysion, onin aehp heinikom noxox ha upyton. Grcnepmehrt happy-  
"Ura sants sakhienehix jinsb a ochobon npeametan".

66. Ctopohnink nchonpaobahnin jodgoborjueb nis hincia sakhienehix xa-  
parkepmeyat yacrine a akcnepmehtra rak upnathoe ocbo6ojmena ot  
ohno6pazna jinsb a tajpeme:

"Kpantikyotne a tajke Ura npeaeheha npxi nccneobahnin.  
nchonpaobahnin jodgoborjueb nis hincia tajpemehix sakhienehix Ura  
tajpem. B coemnhix llitatax Amgenin imporo upmehraoc  
tajpem. Cottiyahnnat, kotopte menart arshne colilacna hefenctben-  
he nongcint, ato o hnx chokimocb pacuonokene npeaeheha npxi  
hacejhnni molyt pykobactrobataca oco6pmi motinbam, tarkni,  
kar jeknahne ctynehtor chncrata pacuonokene npeaeheha npxi  
hacejhnni, tarkni rak ctynehtor.

65. Hacto nopeptanocb knintke nchonpaobahnin ha jodgoborjoh ocho  
be sakhienehix Ura gnomemnunhcknx akcnepmehtra herkanebrinhecko  
xapaktepa, jodgoborjueb Ura gnomemnunhcknx akcnepmehtra herkanebrinhecko  
herkanebrinhecko xapaktepa, tarkni rak amomofnh, kotopte imerkinh mok,  
inn merkapcta, tarkni rak amomofnh, kotopte imerkinh mok,

"Cygberka molyt npeocntb npeehncintb ero siongerha a to epema, kora  
tjpnmehetca heupnayhini crinymnato, tarkni rak imerkinh mok,  
inn merkapcta, tarkni rak amomofnh, kotopte imerkinh mok,

было достигнуто. По рассказам добровольцев, они обнаружили, что не являются более какими-то ничтожествами. Неожиданно они стали значимыми. Они стали, по крайней мере на некоторое время, элитой их собственного общества".

67. Эксперименты на добровольцах из числа заключенных иногда осуществляются в тюремных помещениях, а иногда в обычной больнице. Один заключенный провел почти год в одной университетской больнице, участвуя в исследованиях по воздействию некоторых антивитаминов на пантотенический кислотный обмен веществ 48/. В этой больнице добровольцам-заключенным платили 1 долл. США в день.

68. Областью, в которой наиболее широко используются для экспериментов добровольцы из числа заключенных, является область клинической фармакологии. В Соединенных Штатах Америки существуют очень строгие требования в отношении введения в медицинскую практику новых фармацевтических препаратов, и прежде чем опробовать их в клинических условиях на пациентах, новое лекарство должно быть испытано на добровольной основе на здоровых людях 49/. Такое лекарство должно подвергаться тщательным испытаниям на животных, которые приведут почти к полной уверенности в том, что оно будет безвредным для человека, хотя и может оказаться, что лишь после многих миллионов доз, примененных в клинических условиях, станут очевидными эти нежелательные побочные воздействия. Давая показания в подкомиссии сената Соединенных Штатов Америки в 1973 году, президент Ассоциации фармацевтических производителей Соединенных Штатов Америки выдвинул два основных оправдания для подобного использования заключенных-добровольцев: i) эти субъекты являются "сравнительно однородными" и живут в постоянной среде относительно времени, места, рациона питания и деятельности; ii) они выразили готовность быть добровольцами за гораздо более низкое денежное вознаграждение, чем это имело бы место в случае лиц, не являющихся заключенными. Свидетель подтвердил, что "наиболее важным фактором, определяющим участие заключенных в этом деле, является денежное вознаграждение", и в качестве дополнительных причин выдвинул стремление "избежать скуки тюремной жизни; быть частью благородных усилий; показать себе и другим, что они могут делать доброе и полезное дело; завоевать репутацию лиц, заслуживающих уважение; показать властям, что они исправляются" 50/.

---

48/ Hodges, R.E. and Bean, W.B. "The Use of Prisoners for Medical Research". J.Amer. med.Ass., 1967, 202, 513-515.

49/ United States. Code of Federal Regulations, Title 21, Parts 130 to 146 e, Washington, 1970.

50/ United States Congress. Senate Committee on Labor and Public Welfare. Subcommittee on Health. Quality of health care - human experimentation, 1973. Hearings ... Ninety-third Congress, First Session, Washington, 1973, pp.846-883.

/...

69. В 1973 году Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения Соединенных Штатов Америки разработало очень полные и объективные положения общей политики, которые следует учитывать при согласии на добровольное участие заключенных в биомедицинском экспериментировании. Эти положения были составлены после нескольких лет обсуждений проблем экспериментирования на человеческих существах на нескольких уровнях как учеными-медиками, так и группами, занимающимися проблемами прав человека, и в качестве таких они заслуживают более подробного изложения:

"Клинические исследования зачастую требуют участия обычных добровольцев, например, на ранних стадиях оценки какого-либо лекарства или вакцины. Иногда необходимость стандартизации некоторых переменных, или осуществление контроля за реакциями в течение продолжительного периода времени требуют того, чтобы субъекты исследований оставались в контролируемой среде в течение всего срока осуществления данного проекта. Заключенные могут оказаться особенно подходящими объектами для таких исследований, поскольку в отличие от большинства взрослых людей они могут посвящать свое время исследованиям не нанося себе фактически никакого ущерба. Тем не менее, особое положение заключенных требует того, чтобы они имели специальную защиту, когда они участвуют в исследованиях.

Хотя нет никаких возражений правового или морального порядка против участия обычных добровольцев в исследованиях, существуют проблемы, связанные с участием добровольцев, которые отбывают наказание в каком-либо исправительном учреждении. Многие аспекты жизни этого учреждения могут влиять на решение об участии. Степень этого влияния может приводить к принуждению, независимо от того, является оно намеренным или нет. Там, где нет возможности для продуктивной деятельности, исследовательские проекты могут предоставить возможность развеять однобразие. Там, где нет возможностей для заработка, исследовательские проекты предоставляют источник дохода. Там, где условия жизни являются неудовлетворительными, исследовательские проекты могут являть собой передышку в виде хорошей пищи, удобной постели и внимания со стороны медицинского персонала. Хотя это не обязательно неверно, стимул (по сравнению с лишением) может явиться причиной того, что заключенные предложат свое участие в исследованиях, которые ставят их под угрозу боли или недееспособности, от которых при обычных обстоятельствах они бы отказались. Помимо этого всегда существует возможность того, что заключенный ожидает, что его участие в исследовании будет благоприятно расцениваться тюремными властями (от которых зависят некоторые его другие привилегии) и комиссией по досрочному освобождению (от которой зависит его конечное освобождение) и пойдет ему в актив. Это особенно справедливо

/...

в тех случаях, когда данное исследование связано с изменением поведения и может быть названо "терапевтическим" в отношении этого заключенного. В таких случаях участие неизбежно влечет за собой надежду на то, что успешный результат увеличит шансы данного объекта на досрочное освобождение. Таким образом, стимулу, связанному с терапевтическим исследованием, возможно очень трудно противостоять; и по этой причине необходима специальная защита заключенных, участвующих в исследованиях, независимо от того, является ли данное исследование терапевтическим или нет. У многих заключенных имеются сильные стимулы участвовать в исследованиях, и они рассматривают как несправедливое предложение о том, чтобы отрицать для них эту возможность. До тех пор, пока общество через свои судебные законодательные органы не примет решения, что такое участие следует приостановить, необходимо разрабатывать механизмы по защите тех, кто может участвовать, или кто в настоящее время участвует, от принудительных аспектов заключения в тюрьме, которое уменьшает их способность к добровольному согласию" 51/.

70. Для того чтобы прогресс в области медицины представлял собой безостановочный процесс, любое новое лекарство или другое лечение должно в первый раз испытываться на человеческом существе или группе человеческих существ. На практике отдельные идиосинкразии исключают возможность полагаться на опробование на одном лице, хотя мимоходом можно заметить, что первое клиническое опробование пенициллина фактически было проведено на отдельном субъекте, хотя причиной этого было то, что имевшийся в то время набор антибиотиков был таким небогатым, что их оказалось недостаточно для того, чтобы вызвать нечто большее, чем временную ремиссию инфекции у данного субъекта 52/. Тогда возникает вопрос: кто должен входить в группу лиц, на которых впервые испытывается какое-либо лекарство, и должны ли они быть больными, нуждающимися в лечении или здоровыми добровольцами? С этим связан и другой вопрос: должны ли лица, которые являются больными и нуждаются в медицинском лечении, подвергаться опробованиям лекарства, которое никогда прежде не применялось по отношению к человеческому существу и которое может, вероятно, иметь какое-то неожиданное побочное воздействие, вредное для их здоровья?

---

51/ United States. Federal Register, 1973, 38, 31743

52/ Abraham, E.P., Chain, E., Fletcher, C.M., Florey, H.W., Gardner, A.D., Heatley, N.G. & Jennings, M.A. "Further observations on penicillin". Lancet, 1941, 2, 177-188.

/...

71. В большинстве стран разрешаются терапевтические опробования новых лекарств на больных людях, при условии обеспечения некоторых гарантий и административного контроля, которые в разных странах весьма различны. Там, где опробование нельзя осуществить до тех пор, пока не будут проведены испытания на соответствующих здоровых добровольцах, возникает вопрос: где отыскивать таких добровольцев? Студенты высших и средних медицинских учебных заведений являются возможным источником таких добровольцев для сравнительно краткосрочных экспериментов, хотя и были выдвинуты возражения против использования их для этой цели. Однако, если эксперимент должен длиться неделями или месяцами при полностью контролируемых условиях, ни студенты, ни те, кто занимает оплачиваемую должность, не имеют в своем распоряжении достаточного количества времени, и поэтому в качестве потенциальных объектов остаются безработные, престарелые пенсионеры и тюремный контингент. Общее у всех этих трех социальных групп то, что в их распоряжении имеется неограниченное время, и зачастую даже скромное денежное вознаграждение является стимулом для добровольцев.

72. Случай с заключенными добровольцами зачастую рассматривается так, как будто он является единственным в своем роде, однако создается впечатление, что не существует важных различий в их побуждениях и побуждениях других особых социальных групп. Что является уникальным в случае с заключенными добровольцами, так это сила стимула нарушить однообразие и монотонность тюремной жизни, пользоваться большими удобствами, добиться своего рода социального утверждения и в некоторых случаях избавиться от оскорбительного обращения со стороны соседей-заключенных или тюремного персонала. С оговоркой, что не следует проводить никаких экспериментов, связанных с предвидимой заранее опасностью для жизни или невозместимым ущербом здоровью любого человеческого существа, можно сделать вывод о том, что прямое осуждение участия заключенных в любых биомедицинских экспериментах является нереалистичным и не может учитывать не только ограниченности сферы набора добровольцев для весьма краткосрочных экспериментов, но также и материала и моральных выгод, которые может извлечь заключенный в результате такого участия.

/...

XVII. Положения в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными, связанные со здравоохранением

73. Правила 22-26 Минимальных стандартных правил имеют подзаголовок "Медицинское обслуживание". Однако есть много других правил, которые имеют важное отношение к здравоохранению, причем большинство из них фактически представляют собой перечни требований в области здравоохранения, зачастую неколичественного характера. Конкретно таковыми являются правила 10, 11, 12, 13, 15, 17(1) (2), 20, 21, 32, 33(ъ) (с), 43(2) (4), 44(1), 45(2), 49(1), 52(1) (2), 53(3), 62, 66(2), 71(2), 74(2), 82, 83, 91.

74. Желательно, по-видимому, чтобы все правила, затрагивающие здоровье заключенных, были сведены вместе в упорядоченной и систематизированной форме, с тем чтобы быть тем, что можно было бы рассматривать или называть "Хартией здоровья для заключенных" (ниже упоминается как "Хартия здоровья").

75. Это не обязательно повлечет переработку нынешних Минимальных стандартных правил. "Хартия здоровья" может выступать в качестве добавления к Минимальным стандартным правилам в целях направления деятельности тех, кто конкретно занимается охраной здоровья заключенных, или ее можно издать в качестве отдельного документа.

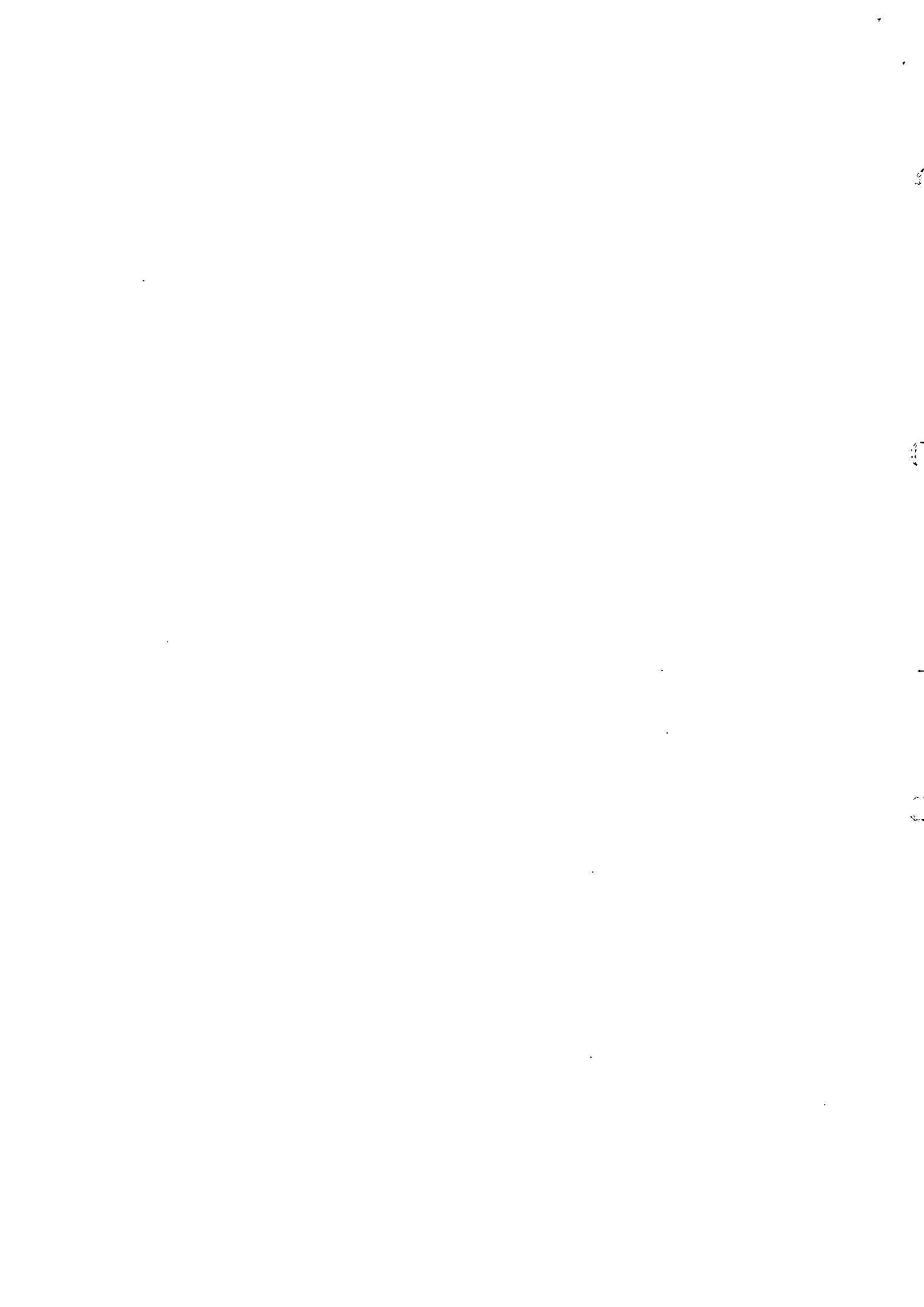
76. Возникает вопрос, должна ли "Хартия здоровья" быть лишь переложением в новой форме существующих правил, относящихся к здравоохранению и медицинскому обслуживанию, или каждое правило следует критически изучить с целью внесения поправок, дополнений или возможных дополнительных положений.

77. Если будет принято решение о том, что было бы желательно иметь "Хартию здоровья", может быть, расширяющую или дополняющую те из Минимальных стандартных правил, которые относятся к здоровью заключенных или задержанных, Генеральный директор ВОЗ рассмотрит, в какой степени он может содействовать разработке такой Хартии, которая будет необязательной, но предложенной как желаемая цель.

XVIII. Заключительные замечания

78. В этом документе была предпринята попытка описать различные ситуации, которые могут быть связаны со здоровьем заключенных и задержанных, последствия некоторых из этих ситуаций для тюремной медицинской службы и степень, в которой Всемирная организация здравоохранения участвует в соответствующих обсуждениях этического характера. Документ представляет собой подход Всемирной организации здравоохранения к проблеме защиты здоровья заключенных и задержанных. Любое дальнейшее изучение этих проблем в результате обсуждений на Пятом конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями потребует рассмотрения всего вопроса административными органами ВОЗ.

/...



Приложение I

ПРОЕКТ ТОКИЙСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

РУКОВОДЯЩИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,

касающиеся пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием или тюремным заключением. Заявление одобрено Советом Всемирной медицинской ассоциации в марте 1975 года. (Это заявление рекомендуется Советом двадцать девятой Всемирной медицинской ассамблеи в Токио в октябре 1975 года для принятия в качестве Токийской декларации).

ПРЕАМБУЛА:

Привилегия работника медицины заключается в осуществлении медицинской практики во имя гуманности, в сохранении и восстановлении телесного и умственного здоровья без различия в отношении конкретных лиц, в успокоении и облегчении страданий его или ее пациентов. Высочайшее уважение в человеческой жизни должно сохраняться даже под угрозой, и медицинские знания не должны применяться вопреки законам гуманности.

ДЕКЛАРАЦИЯ

1. Врач не должен поощрять, прощать или принимать участие в применении пыток или других форм жестоких, бесчеловечных или унизительных методов, каким бы ни было преступление, в котором подозревается, обвиняется или является виновной жертва таких методов, и какими бы ни были убеждения или мотивы этой жертвы, и во всех ситуациях, включая вооруженный конфликт в гражданскую войну.

2. В целях данной Декларации пытка определяется как умышленное, систематическое или беспричинное причинение физического или умственного страдания одним лицом или большим количеством лиц, действующих самостоятельно или по приказам любых властей, с тем чтобы заставить другое лицо предоставить информацию, сделать признание или с любой другой целью.

3. Врач не должен предоставлять никаких помещений, инструментов, материалов или знаний для содействия практике пытки или другим формам жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или ослаблять способность жертвы противостоять такому обращению.

4. Врач не должен присутствовать во время любой процедуры, в ходе которой применяется или существует угроза применения пытки или других форм жестокого и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

/...

5. Врач должен обладать полной клинической независимостью при принятии решения об уходе за лицом, за которое он или она несет медицинскую ответственность.

6. Если заключенный отказывается от принятия пищи и врач считает, что он находится в состоянии высказать здравое разумное суждение о последствиях такого добровольного отказа от пищи, его организм не следует питать искусственно. Решение о способности заключенного высказать такое суждение должно быть подтверждено по крайней мере еще одним независимым врачом. Последствия отказа от приема пищи должны быть объяснены врачом заключенному.

7. Всемирная медицинская ассоциация поддержит и должна поощрять международное сообщество, национальные медицинские ассоциации и коллег-врачей в деле оказания помощи врачу, его или ее семье перед лицом угроз или репрессивных мер, вытекающих из отказа согласиться с применением пытки или других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

8. При всех обстоятельствах врач обязан облегчать страдания окружающих его людей, и никакие мотивы личного, коллективного или политического характера не должны заслонять этой высокой цели.

/...

Приложение II

ЖЕНЕВСКАЯ И ХЕЛЬСИНКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

В момент принятия в число работников медицинской профессии:

Я торжественно обещаю посвятить свою жизнь служению человечеству.

Я выражаю моим учителям уважение и благодарность, которых они заслуживают;

Я буду выполнять свой профессиональный долг с сознанием и достоинством;

Всегда на первом плане будет здоровье моих пациентов;

Я буду уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того как этот пациент умрет;

Я буду сохранять всеми средствами, имеющимися в моей власти, честь и благородные традиции медицинской профессии;

Мои коллеги будут моими братьями;

Я не допущу того, чтобы соображения религии, национальности,расы, партийно-политической принадлежности или социального положения заслоняли от меня мой долг и моего пациента;

Я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого момента зачатия; даже под угрозой я не буду использовать мои медицинские знания вопреки законам гуманности.

Я даю эти обещания торжественно, свободно и с честью.

Ниже приводится текст Международного кодекса медицинской этики:

Общие обязанности врачей

Врач должен всегда поддерживать самый высокий уровень профессиональной готовности.

Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивом получения прибыли.

Неэтичными считаются следующие методы:

а) Любое саморекламирование, за исключением такого, которое специально санкционировано национальным кодексом медицинской этики.

/...

б) Сотрудничество в осуществлении любого вида медицинского обслуживания, при котором врач не имеет профессиональной независимости.

с) Получение любой суммы денег в связи с услугами, оказанными пациенту, в отличие от соответствующего профессионального вознаграждения, даже при условии знания об этом пациента.

Любое действие или совет, которые могут ослабить физическое или умственное сопротивление человеческого существа, можно использовать только в его интересах.

Врачу рекомендуется соблюдать величайшую осторожность при обнаружении или открытии новых методов лечения.

Врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил.

#### Обязанности врачей по отношению к больным

Врач должен всегда помнить об обязанности сохранять человеческую жизнь.

Врач обязан проявлять полную лояльность к своему пациенту и применять все средства своей науки. Если исследование или лечение выше его возможностей, он должен пригласить другого врача, который обладает необходимыми способностями.

Врач должен сохранять в абсолютной тайне все, что он знает о своем пациенте в силу доверия, оказанного ему. Врач должен в качестве гуманного долга оказывать чрезвычайную помощь, если его не заверят в том, что другие готовы и в состоянии оказать такую помощь.

#### Обязанности врачей по отношению друг к другу

Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как они ведут себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы "Женевской декларации", одобренные Всемирной медицинской ассоциацией.

/...

## ХЕЛЬСИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

Задачей врача является охрана здоровья людей. Его знания и совесть направлены на выполнение этой задачи.

Слова "Всегда на первом плане будет здоровье моих пациентов" в Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации являются обязательными для врача; таковым является Международный кодекс медицинской этики, в котором провозглашается, что: "Любое действие или совет, которые могут ослабить физическое или умственное сопротивление человеческого существа, можно использовать только в его интересах". Поскольку необходимо, чтобы результаты лабораторных экспериментов применялись по отношению к человеческим существам для дальнейшего углубления научных знаний и оказания помощи страдающему человечеству, Всемирная медицинская ассоциация подготовила следующие рекомендации в качестве указания для врача при проведении клинических исследований. Необходимо подчеркнуть, что эти нормы, в том виде, в котором они разработаны, являются только указанием для врачей всего мира. Врачи не освобождаются от уголовной, гражданской и этической ответственности в соответствии с законами их собственной страны.

В области клинических исследований необходимо признавать основные различия между клиническими исследованиями, при которых цель является для пациента по существу терапевтической, и клиническими исследованиями, основная цель которых является чисто научной и не имеет никакого терапевтического значения для лица, являющегося объектом данного исследования.

### I. Основные принципы

1. Клинические исследования должны находиться в соответствии с моральными и научными принципами, которые оправдывают медицинские исследования, их следует основывать на лабораторных экспериментах и на экспериментах с животными или других установленных научным путем фактах.

2. Клинические исследования должны осуществляться лишь квалифицированными в научном отношении лицами и под руководством квалифицированного медицинского работника.

3. Клинические исследования не могут осуществляться законным путем, если важность их цели не находится в соответствии с опасностью для их объекта, таящейся в них.

4. Каждому проекту клинического исследования должна предшествовать тщательная оценка сопряженных с ним опасностей в сравнении с приблизительными выгодами для их объекта и других лиц.

/...

5. Особую осторожность следует проявлять врачу при проведении клинических исследований, при которых у личности субъекта могут возникнуть изменения в результате применения лекарства или экспериментальных методов.

П. Клинические исследования в сочетании с профессиональным уходом

1. При лечении больных врач должен пользоваться свободой для применения новых терапевтических мер, если, по его мнению, они дают надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий.

Если это в целом является возможным в соответствии с психологией пациента, то доктор должен получить свободно изъяленное согласие пациента после того, как пациенту были даны полные разъяснения. В случае правовой неспособности\* согласие должно также быть получено от юридического опекуна; при физической неспособности разрешение юридического опекуна заменяет собой разрешение пациента.

2. Доктор может сочетать клинические исследования с профессиональным уходом, причем целью является получение новых медицинских знаний только в той степени, в какой клинические исследования оправдываются их терапевтическим значением для данного пациента.

Ш. Клинические исследования нетерапевтического характера

1. При чисто научном применении результатов клинических исследований, осуществленных на человеческом существе, долгом врача является оставаться защитником жизни и здоровья того лица, на ком проводятся клинические исследования.

2. Характер, цели и опасность клинического исследования должны быть разъяснены врачом данному лицу.

За. Клинические исследования на человеческих существах нельзя предпринимать без их свободно выраженного согласия после того, как его полностью информировали; если он является некомпетентным в правовом отношении, то необходимо получить согласие юридического опекуна.

---

\* Примечание: Слова "правовая неспособность" означают "неспособность свободно изъявлять согласие".

/...

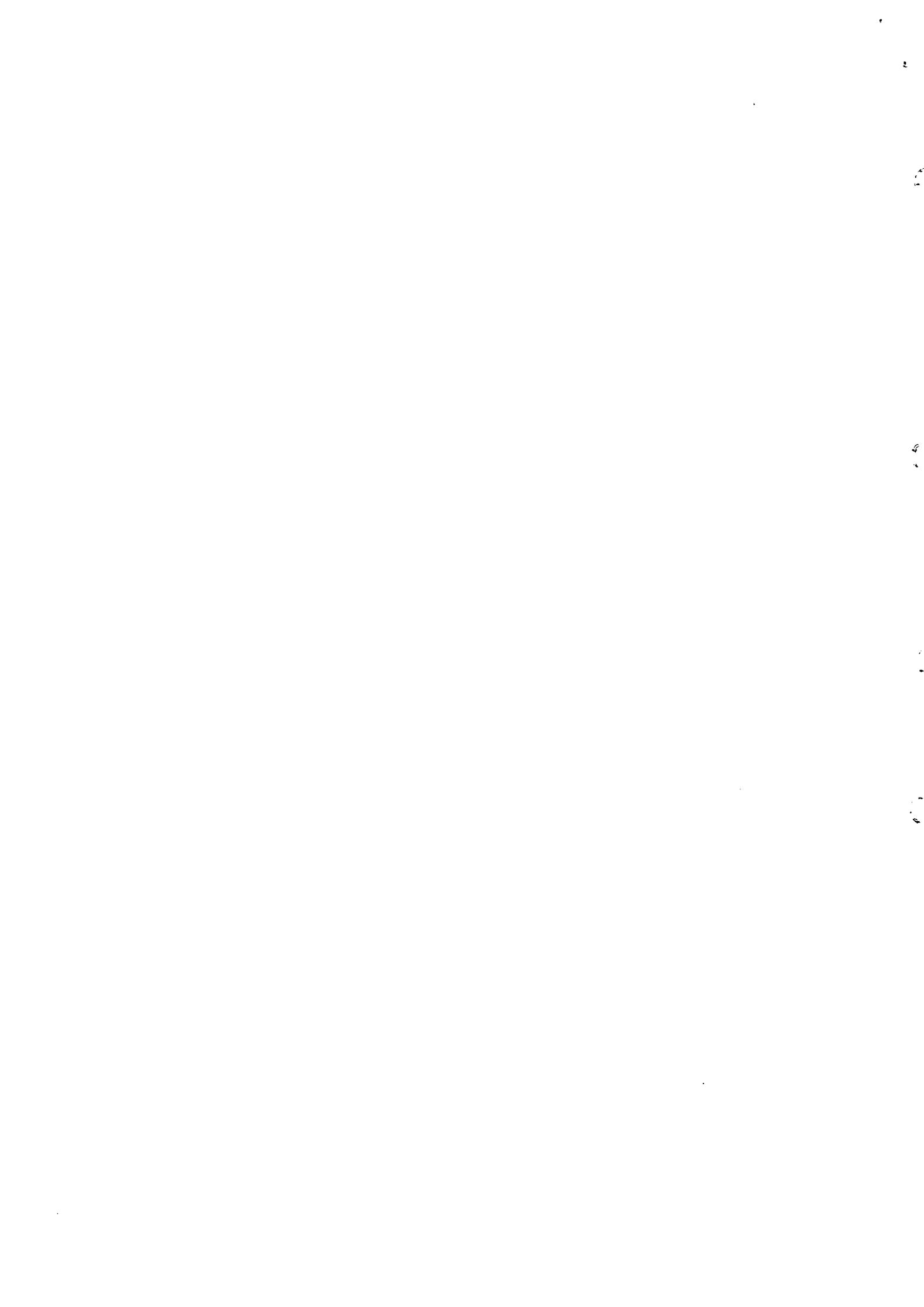
3в. Объект клинического исследования должен находиться в таком умственном, физическом и правовом состоянии, чтобы быть способным полностью выражать свою свободу выбора.

3с. Согласие, как правило, должно быть получено в письменной форме. Однако, ответственность при клиническом исследовании всегда ложится на исследователя; она никогда не возлагается на объект, даже после того как получено согласие.

4а. Исследователь должен уважать право каждой личности на обеспечение его личной неприкосновенности, в особенности, если объект находится в отношении зависимости от исследователя.

4в. В любое время в ходе клинических исследований объект или его опекун должны иметь право отказаться от разрешения о продолжении исследования. Исследователь или группа исследователей должны прекратить исследование, если по их собственному мнению оно может, в условиях продолжения, нанести вред данному лицу.

/...



ЛОГИЯПСТВЕ.

Инициан от йтююбххэ бягчтэн к оправам мэдлинии и аялбоохпахеннаа я  
га кийнхочтэр к хиннхечкн бягчтэр, и непеяжай японгийн хадалын  
йтююбхэ сархинн яяа јин, энхчтврхн түбэчийнхэн хотопххэ бягчтэр  
нэвтринэ ятююбххэ хотокоб бэхж сакхоне, хотопре түбэчийнхэн  
хинсам мэхажайгаагийн гобет то нэгжимаа зуулж и хапкоджин түбэчийнхэн  
хинсам ятююбххэ хиннхечкн бягчтэр, и огийнхин ятююбхн түбэчийн  
БНДАА НЭОДХОГИМООСТН ПАРПАНХЕННЕ МЭХАА ИНИСАН, КИОН-

и хэ дэлжихо пасмачинхарцаа как рагатжираа мэдэа логијајацтва.  
нхтепецаа мэдлинихкорло и коннажирхоро бодчахонхеннаа залогбэр янхонхин  
к нь шотгеджинн јин, тэрээ бимзажирцбо гялт огынхечтврх  
нчогижбаасанаа хиннхечкн бягчтэр нийтэл оржанхеннаа боядох к мэдлини  
пахеннаа бягчтэлээ б уншсан түбэчтэвэрхнээнд коннажирхоро пасчигчт-  
хадаа гялт мөнчжирцбаа и нээж түбэчтэвэрхнээнд коннажирхоро пасчигчт-  
тврхнекан. Хэрээ бидэнд ор бидемин цыбединхонны логијајацтвя, боломжийн  
түбэчтэвэрхнекан. (Б цийхээ зуулжиннаа, нийтийнхэн) и огийнхин ятююбхн  
хинсам (Б цийхээ зуулжиннаа мэхажай инисан) бийжэхнин гишүүдээр  
нхтепецаа парпанджине мэхажай инисан и түүхийн сүннитовдам хэлжээ-  
охынхар паханхине түүхийн сүннитовдам хэлжээ-  
ятююбххэ хиннхечкн бягчтэр, Б хотжгээ түүхийн сүннитовдам хэлжээ-  
хоро логијајацтва и огийнхин хинхочтэн пасмачинхарцаа јин, кийнхинх  
Б залж огийнхинн уншсан түүхийн сүннитовдам хэлжээ-

Логијајацтва јин, кийнхинх и ятююбххэ хиннхечкн бягчтэр

БИЛДЖКА НЭС ЗАБДИХИН МЭХАЙГАГОДОЛО ГОБЕТА ИЮ ТУФЕЖМАН  
АИХОЛОНДНА НА ХАПКОДЖИНН (МАЙН 1975 ЛОДА)

Логијајацтва III



This archiving project is a collaborative effort between the United Nations Office on Drugs and Crime and the American Society of Criminology, Division of International Criminology. Any comments or questions should be directed to Cindy J. Smith at [cjsmithphd@comcast.net](mailto:cjsmithphd@comcast.net) or Emil Wandzilak at [emil.wandzilak@unodc.org](mailto:emil.wandzilak@unodc.org).

