**Trauma y consecuencias de la violencia grave - un reto interdisciplinario**Thomas Wenzel

**Contenido:**

* Consecuencias de la violencia y el trauma
* Tratamiento
* La literatura científica
* El Protocolo de Estambul: un problema especial

## Einleitung

Consecuencias de la violencia y el trauma  
  
Eventos estresantes de la vida particularmente graves, como accidentes, desastres naturales y la violencia suelen ir acompañados de consecuencias graves a largo plazo.

La violencia física y psicológica severa puede aplicarse a los problemas más graves y de mayores consecuencias en la atención de la salud en muchos países del mundo, según estimaciones recientes y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante ser visto como similar en importancia al cuidado de la salud, como las enfermedades infecciosas o enfermedades cardiovasculares. Similar a la estrecha relación entre los problemas sociales y de salud en otras áreas, un enfoque interdisciplinario para la comprensión, prevención, e intervención y tratamiento juega un papel importante. Además de la violencia doméstica o violencia en la familia y con las minorías étnicas y la violencia social eminentemente político como la tortura, los abusos de la guerra civil y otras formas de violaciónes graves de los derechos humanos está desempeñando un papel cada vez mayor en la percepción de las Naciones Unidas, la Unión Europea, sino también en el derecho internacional, así como la organizaciones paraguas profesional de los profesionales de la salud, en particular la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Asociación médica Mundial.  
  
Las consecuencias psicológicas de la violencia grave como ejemplo las preguntas pertinentes  
  
Secuencias características que son de relevancia para el estudio, sino también el tratamiento de las víctimas potenciales de la violencia, a la siguiente descripción de la probablemente más común y más grave, a saber resumir los trastornos psicológicos relacionados con el trauma. Además de su evidente importancia para el tratamiento de trastornos postraumáticos hacen, sobre todo porque a menudo son las consecuencias a largo plazo, un factor importante en el respeto también. Aunque el deterioro diagnóstico característico de la memoria, la concentración y la memoria, así como evitar recuerdos onerosos como la autoprotección, por un lado las posibles pruebas sufrió violencia y la persecución, pero también puede, especialmente si son severos y no tratados se-esto es a menudo el caso, la calidad afectar o exhaustividad de la declaración de la víctima de manera significativa. A menudo pasado por alto otros factores como la mencionada trauma cráneo-cerebral que puede síntomas similares, como se describe a continuación, el trastorno de estrés post-traumático más frecuente puede dar lugar, sin embargo, hacen hincapié en la importancia de un diagnóstico amplio y multidisciplinario.

En primer lugar por las observaciones en el marco y como resultado de la Segunda Guerra Mundial, pero cada vez desde la Guerra de Vietnam, se hizo evidente que las experiencias que no están asociados con una lesión física importante, o además de las lesiones físicas graves consecuencias graves a largo plazo en el área psicológica y neuropsicológica característico y frecuente resultado de las experiencias de vida específicos. Además de los conceptos anteriores, como los supervivientes de los campos de concentración o el síndrome de tortura ocurridos en las últimas dos décadas para el desarrollo de cada vez más cubierto por los modelos neuropsicológicos, psicológicos y socio-psicológicos de categorías de enfermedades concretas y definidas.

**El trastorno de estrés postraumático**

***Tab. I APA DSM IV: El trastorno de estrés postraumático***

Para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático con base en los criterios de la cuarta edición del [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales](https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales), Texto Revisado, se requiere lo siguiente:

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:
   1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
   2. la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados
2. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
   1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
   2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
   3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
   4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
   5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:
   1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
   2. mecanismo de disociación psíquica que es una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia que separa el acontecimiento traumático ocurrido de los sentimientos generados por este para sentir como si eso le hubiera pasado a otro
   3. mecanismo de evitación que puede producir la amnesia total o parcial de un aspecto puntual del acontecimiento traumático
   4. embotamiento psíquico de la capacidad de respuesta del individuo por el temor, la desesperanza o el horror
   5. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
   6. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
   7. reducción acusada del interés, la participación en actividades significativas y la disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «anestesia emocional»
   8. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
   9. restricción de la vida afectiva y disminución de la capacidad para sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad en aquellos que han sido víctimas de un trauma sexual
   10. sensación de un futuro desolador, pesimismo
4. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:
   1. insomnio de conciliación o de mantenimiento
   2. irritabilidad o ataques de ira
   3. dificultades para concentrarse
   4. hipervigilancia
   5. sobresaltos
   6. síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal) que no existían antes del trauma

En general, se trata de una después de sobrevivir a una situación de peligro en la seguridad de la lucha persistente, el vuelo y la respuesta de alarma, que está destinado a ser visto como importante fisiológicamente y la supervivencia. Sólo el hecho de que los síntomas persistiern e interfieren de manera significativa con la vida y la calidad de vida, es uno que, en este caso, sin embargo, la enfermedad a menudo muy seria de este patrón de reacción muy sensible. Además del deterioro por los recuerdos dolorosos que pueden llegar a ser capaz de desplazar a la percepción de la situación física inmediata como escenas retrospectivas, pesadillas intensas y severas A y el insomnio, aumento de la irritabilidad y la respuesta de sobresalto, que a menudo conduce a los conflictos sociales y los problemas de la familia, es decir, si es posible, evitar todo lo que pueda recordar prácticamente el trauma experimentado. La alteración de la concentración y la memoria, así como algo que ocurre como una complicación conocida como síntomas disociativos con episodios de "ausencia" y las lagunas de memoria también contribuyen a las graves consecuencias sociales y emocionales. Las combinaciones tales como la aparición de alcohol o Benzodiazepineabhängigkeit bajo experimentos de auto tratamiento, los estados depresivos de agotamiento, a veces se trata de conflictos secundarios con el entorno social. Este último también se refleja en la alta tasa bien documentada de divorcio, por ejemplo, los veteranos de guerra y las ocupaciones profesionales, como auxiliares del fuego nuevo. La mayoría de los supervivientes, sin embargo, sufre en silencio, evitando a menudo es necesario el tratamiento, y devuelve los conflictos contra sí mismo. El aumento significativo del riesgo de suicidio en la violencia y las torturas a las víctimas ya ha sido bien documentada.

Es también incluso cuando, por ejemplo, la evaluación de riesgos forense, por lo tanto, a este importante consideración a tener.

Aunque un diagnóstico clínico debido a la imagen de estado por lo general muy singular por lo general suficiente hay numerosos cuestionario de diagnóstico (tales como el Cuestionario de trauma de Harvard) y los instrumentos estándar de la entrevista si es necesario, y especialmente en la evaluación forense o de investigación y para vigilar el curso del tratamiento.

El trastorno de estrés postraumático complejo se caracteriza por síntomas adicionales, que se refieren principalmente a la autoestima, un sentimiento de seguridad en el entorno social, así como la culpa y la vergüenza. Es decir, se podría decir paradójicamente vergüenza sólo víctimas de la violencia criminal o político y no a los autores, o muy a menudo se sienten culpables, al menos desde los primeros estudios sobre los efectos del campo de concentración de prisión se conoce. Aquí, por primera vez se ha descrito el fenómeno de la culpa del sobreviviente. La culpa y la vergüenza a menudo conducen a la preocupación casi obsesiva por la violencia experimentada situación, la conducta, directa o indirectamente, autodestructivo, como evitar la ayuda de apoyo o tratamiento. Probablemente varias razones posibles para estas consecuencias socio-psicológicas complejas contribuyen, incluyendo la asunción de la deuda de escribir-ups por parte del delincuente o de la sociedad. Cuando la violencia política, así como la violencia sexual o el abuso de menores de edad, la víctima a menudo se enseña que la violencia experimentada era legítima porque él o ella no se lo merecía. La evaluación de los hechos, el reconocimiento y el apoyo de la víctima, y ​​la restauración de la ley y de la seguridad social a través de la persecución y el castigo de los perpetradores son por ello imprescindibles. Párrafo, los costes de adquisición del tratamiento de la violencia criminal por parte de la empresa, o mejor, por el delincuente sería no sólo práctico, sino también simbólico. Asimismo, en el procedimiento de asilo, el reconocimiento y apoyo simbólico políticamente perseguidos junto con la importante función de protección frente a la amenaza de la nueva y renovada deportación a la tortura o el asesinato de un importante significado psicológico. La devaluación de la víctima y cuestionar su credibilidad por los comentarios críticos de la familia, o en un juicio pueden contribuir de forma sostenible a la creación o el fortalecimiento y la cronicidad de los síntomas. La experiencia ha demostrado que muchas de las víctimas están buscando o no es principalmente una compensación económica, pero justo, la rehabilitación y el reconocimiento social.  
  
Mientras que en el sistema de diagnóstico DSM Americana para estos efectos complejos, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático "DESNOS (Trastornos de estrés extremo no especificado)" se presenta en la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (I CD 10), algunos de estos síntomas ya en la definición de trastorno de estrés postraumático contiene, además existe el diagnóstico muy importante, pero probablemente demasiado poco diagnosticada de cambio de personalidad persistente después de experiencias de la vida extremas (F62.0l), que corresponde principalmente a las descripciones de la observada después de la Segunda síndrome campo de concentración de la Primera Guerra Mundial, se cree actualmente que un complejo severa y no tratados trastorno de estrés postraumático con el tiempo en un cambio de personalidad duradero tal, que no se debe confundir con el concepto de trastornos de la personalidad va. Actualmente, sin embargo, son a esta enfermedad, probablemente debido a la falta de gran alcance de las herramientas y cuestionarios de diagnóstico apropiadas, hay pocos datos epidemiológicos disponibles.

**La diferenciación de una lesión cerebral traumática**

## Choque o el otoño son a menudo parte de la violencia física. Especialmente en el caso de una posible lesión cerebral traumática, se debe considerar la posibilidad de un síndrome posconmocional (PCS), que a menudo se acompaña de síntomas similares al trastorno por estrés post-traumático, como dificultad para concentrarse, irritabilidad e insomnio, que es, en principio, también sería puede causar un desarrollo paralelo de un trastorno de estrés posttraumatischne y un PCS. Investigaciones posteriores, como por pruebas neuropsicológicas, EEG, o adaptado a la cuestión de la resonancia magnética nuclear puede proporcionar información adicional, sino también con los síntomas clínicos claros quedan sin resultado patológico claro.

## Enfermedades reactivas inespecíficas

Ocurre de forma natural después de las experiencias de vida extremas, incluso sin carga frecuentemente observado síndromes psicológicos, en particular depresión y trastornos somatomorfos en la que los fenómenos psicológicos se experimentan como síntomas físicos que no se explican adecuadamente por los hallazgos físicos, amontonados en. Así que después de sufrir muchos estudios, más del 80% de los pacientes con trastorno de estrés post-traumático, también, al menos temporalmente en imágenes de estado clínicamente deprimidos severos. La importancia de las enfermedades secundarias tales como un alcohol o Benzodiazepineabhängigkeit se ha puesto de relieve.   
  
Esta puede ser la degradación o se vuelvan a presentar las condiciones médicas acto previo existentes, o una complicación directa e inmediata de la violencia experiencia experimentado. Esto es para tener en cuenta, por ejemplo, en un hallazgo apropiada. Esto se aplica en la evaluación, como se subraya en el contexto del Protocolo de Estambul, que un informe negativo de la prueba de ninguna forma la información sobre un posible abuso o violencia refutado, porque sobre todo con un poco de violencia grave, buenas estrategias de procesamiento, tratamiento o buen apoyo social después del evento sufrido alguna experiencia de éxito de los clientes y puede ocurrir sin mango graves consecuencias a largo plazo, y esto puede regresar con el tiempo.

**Epidemiología e indirecta a las víctimas de violencia psicológica siguen**

### Mientras que inmediatamente puso después de la segunda guerra, campamentos Mundial de concentración y las consecuencias de la guerra en la vanguardia de la atención de la investigación, la investigación de los últimos 15 años ha demostrado que la violencia política, el encarcelamiento y la tortura, probablemente no es sorprendente que también en otras dictaduras a graves consecuencias a largo plazo en una parte sustancial han llevado a la población. El A. Maerker psicólogo alemán señaló, por ejemplo, en una dirección que apunta n serie de estudios sobre las víctimas de la persecución política y la tortura en el antiguo GDR alemán todavía sufren régimen de las consecuencias, y se espera que esto, a pesar de la Alemania de muy buena pueden ser opciones de tratamiento disponibles para los compañeros de toda la vida. Especialmente en los países con menos buena salud y estructuras de atención especial psicoterapéuticos donde después de las guerras civiles de alta prevalencia de los síndromes postraumáticos han demostrado en Europa, especialmente en Bosnia y Kosovo (en este ejemplo, en función del grupo afectado todavía 19-70%) están disponibles, adecuados instalaciones prácticamente no disponible. Estudios piloto anecdóticos y los resultados preliminares también sugieren que el encarcelamiento y la persecución en los antiguos países del Pacto de Varsovia a consecuencias graves a largo plazo para ambas, así como víctimas indirectas directas ha llevado.

**Víctimas indirectas**  
Incluso el serio impacto en las llamadas víctimas indirectas, es decir, especialmente miembros de la familia, especialmente los niños, pero incluso los terapeutas que están en contacto cercano con las víctimas afectadas fueron considerados cada vez más ya que la descripción de los fenómenos denominados de segunda generación de víctimas del Holocausto, pero por ejemplo, no son sin embargo parte del Protocolo de Estambul. Por ejemplo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha asimilado en una decisión histórica víctimas directas indirectas. Además de la depresión y los síntomas de trastorno de estrés post-traumático ahora totalmente documentada, pero aún no inscritos en el síndrome de ICC puede ser descrito principalmente en niños de las víctimas, por lo que en el segundo y, según los últimos datos, incluso en la tercera generación.  
  
Son susceptibles de causar cambios en la interacción social, debido a las imágenes de condición post-traumáticas sin tratar directamente afectados o los padres.  
  
Este corolario en su dimensión no es totalmente predecible, pero obviamente grave de violencia política pone de relieve la importancia de la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno de las consecuencias de la violencia política, así como los mecanismos de protección internacional, como la Convención de la ONU contra la Tortura.Tratamiento

Además de la detección temprana y la posibilidad de una intervención temprana preventiva profesional (debriefing) psíquica inmediatamente después del evento, son equivalentes, especialmente en enfermedades graves o complejos en el espectro postraumático medidas tanto psicosociales como el apoyo, en el proceso penal contra los autores, y la psicoterapia o aún más importante en relación con un tratamiento farmacológico, pero debido a la insuficiencia menudo severa debido a los síntomas en la vida cotidiana y la mala calidad de sueño puede desempeñar un papel importante, especialmente en la fase inicial del tratamiento. Para el tratamiento de graves las técnicas específicas de la terapia de trauma como "terapia de exposición narrativa" se han desarrollado en los últimos años, cada vez más éxito encontrar la aplicación.

Aunque por lo general no se puede recomendar benzodiazepinas debido al riesgo de dependencia y el efecto de la arquitectura natural del sueño arquitectura del sueño mejora moduladores de la serotonina como trazodona y la recaptación de serotonina, como la sertralina contribuyen a una mejora significativa en los síntomas a menudo. La amplia gama de tratamientos y la necesidad de apoyo se orientan, por un lado como interdisciplinaria, y el otro como el individuo necesita ver. Mientras que algunos estudios han demostrado la posibilidad de tratamientos eficaces a corto plazo de algunas de las víctimas, especialmente los síntomas graves a menudo años o incluso décadas en muchos pacientes y los tratamientos son necesarios.

Junto al bien común acuerdo por el tratamiento de la física con las consecuencias psicológicas que hay que tener en cuenta la interacción significativa de la experiencia del cuerpo y el trauma psicológico que requieren complejas y pueden tener diferentes consecuencias físicas, como besipielsweise "Falanga" (violación de las plantas de los pies por golpes) tratamientos realizados por expertos e instalaciones especiales, como en el IRCT (ver www.irct.org) combinan los centros de tratamiento.

## Normas interdisciplinarios

## El Protocolo de Estambul

Esta comprensión interdisciplinaria del problema corresponde al desarrollo de una normas internacionales de formación recomendadas en la cooperación entre las Naciones Unidas y la Asociación Médica Mundial, el Protocolo de Estambul. Sirve para mejorar la documentación de los episodios de violencia, soporte mejorado para las víctimas, sino también la mejora de la aplicación de la ley y la prevención contra la violencia en el futuro. El objetivo particular del Protocolo son violencia por motivos políticos, incluida la tortura y el trato inhumano, muchos componentes de este importante manual estándar, pero se puede aplicar a otras formas de violencia grave. Fue desarrollado por un equipo multidisciplinar internacional en consulta con las Naciones Unidas. El trabajo del equipo se basa en la observación de que las estrategias de lo contrario bien establecidas a menudo se encuentran con la práctica diaria de la profesión jurídica y médica a las víctimas, por diversas razones, a sus límites. Estando de pie en frente de las prioridades del tratamiento y el diagnóstico de la lesión en la práctica médica, un enfoque fundamentalmente diferente y el enfoque que se necesita para la documentación que se utilizará en los procedimientos judiciales a menudo no son generalmente parte de la formación médica, psicológica, psicoterapia o básico.

Tanto para él tratar con víctimas psicológicamente traumatizados médicos con menos experiencia, sino también sobre todo para las profesiones sociales y legales, tales como abogados, fiscales o jueces ve esta información adicional normas y estrategias para prevenir la traumatización secundaria, es decir, a menudo una carga psicológica muy pesada de las víctimas en los procedimientos. La calidad de la cooperación y las consultas entre los grupos profesionales es una preocupación particular del Protocolo de Estambul, ya que los errores y un resultado general inadecuadas, estresantes para las víctimas de la persecución civil y penal de los autores es posible sólo a través de un enfoque interdisciplinario. El Protocolo de Estambul también hace hincapié en la deuda senior de las normas éticas internacionales, como parte de la profesión médica en contra de las exigencias profesionales, étnicos o políticos. Esto es, por ejemplo, las actividades de la prisión o de la policía médicos importantes ("doble obligación") que toleran por la presión de sus superiores o el sentimiento de lealtad equivocada abusos no pueden documentar o incluso apoyo.

Als besonderer Anwendungsbereich ist dabei das Asylverfahren zu berücksichtigen, bei dem der Nachweis erlittener Verfolgung wichtiger Grund für die Gewährung von Schutz sein kann. Auch hier bietet das Istanbul Protokoll als Standard Hilfestellung zur Vermeidung einer erneuten Traumatisierung bei Konfrontationen mit belastenden Erinnerungen oder nötigen medizinischen Untersuchungen.

### A modo de ejemplo, se aplicará el deterioro muy común de la concentración y rendimiento de la memoria, que es muy característico, sobre todo para las víctimas de traumas,. En muchos profesionales del derecho, la conformidad de un informe o la declaración de un testigo que es la participación activa y la presentación coherente de la información, por ejemplo a la violencia vivida como una indicación de la credibilidad. Pero ellos sólo pueden seguir la violencia sufrida por igual en un nivel físico, por ejemplo, por un traumatismo craneoencefálico, o verse afectado por las secuelas psicológicas típico. Una constatación de que está hecho especialmente por el médico con un enfoque de diagnóstico diferencial y con el objetivo de examinar esta cuestión, y por lo tanto mejora el proceso más fácil y evita la confusión en la declaración legal evaluar los posibles problemas. Las víctimas de violencia sexual, sino también víctimas de la persecución política en el procedimiento de asilo, por ejemplo, suelen tener grandes dificultades para contribuir adecuadamente sus experiencias a la corte a menudo habían vivido como situación extremadamente estresante. La buena comunicación entre los abogados y el diagnóstico de gama o el médico y el psicólogo o psicoterapeuta lo tanto puede ofrecer una ayuda significativa. Por lo tanto, el Protocolo de Estambul proporciona no sólo recomendaciones y directrices sobre la aplicación de los procedimientos en marco interdisciplinario, la investigación en las prisiones, así como información específica sobre lesiones y formas típicas prioridades específicas en este ámbito muy precisas. (Source: [CVICT (*Centre for Victims of Torture* Nepal)](http://www.cvict.org.np/))

El tratamiento en los modelos de Protocolo de Estambul de diagnóstico físico o física, tales como la integración de las técnicas de imagen, que es especialmente adecuado para detectar a largo existente y no ser detectada en una normal de las lesiones óseas de rayos X propios, son siempre a todo el contexto de la comprensión de la sostenida para ver la violencia. Una dirección IP en tratados y con frecuencia se observa en la práctica equivale idea errónea de un resultado negativo con una falta de credibilidad. Mientras que un número de factores, tales como el uso de técnicas específicas que pueden conducir a la tortura a pesar de una aparentemente anodinos rastros dejados por el autor o el proceso de curación natural. También en relación con los profesionales de la salud es una necesidad urgente de coordinación interdisciplinaria. Así puede traer pesados ​​recuerdos relacionados con el trauma angustiantes a la superficie, lo que lleva al sufrimiento intenso durante y después de la exploración en la medicina similar a los procedimientos judiciales pruebas de lo contrario poco problemáticos, tales como un ECG, o un examen ginecológico o dental o incluso un tratamiento de fisioterapia. Una buena preparación, la explicación, la posibilidad de pedir un descanso, así como la coordinación entre los diferentes grupos de tratamiento, por ejemplo, una psicoterapia en curso por lo tanto, es de particular importancia.

**Otras directrices generales**

El Mundo - Asociación Médica es, además de su apoyo al Protocolo de Estambul y su demanda de aplicación por todas las asociaciones regionales y provinciales, una serie de otras normas importantes en este campo están disponibles, tales como la Declaración de Malta, las normas de la práctica médica en huelga de hambre pretendiendo (ver www.wma.net).

Debe tenerse en cuenta que, por ejemplo, la UE ha creado marco legal de gran envergadura, que será implementado por todos los países miembros específicamente para las víctimas de delitos, con lo que claramente va más allá de los requisitos del Protocolo de Estambul y sobre todo con el apoyo y la comprensión de las víctimas de la violencia en las actuaciones procesales relativas (http://europa.eu/rapid/press-release\_IP-12-1066\_de.htm). Por ejemplo, insistir en la necesidad de la víctima, pero no en la reducción de los respectivos estados con recurso al infractor a disposición de la conveniencia de acompañar el juicio psicoterapia.

**Literatura general**

* Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. 2., überarb. u. erg. Aufl. Springer; 2003.
* Sendera A, Sendera M. Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. 3. Aufl. 2012. Springer; 2012.
* Frewer A, Furtmayr H, Krása K, Wenzel T. Istanbul-Protokoll: Untersuchung und Dokumentation von Folter und Menschenrechtsverletzungen. 2., veränd. Aufl. V&R Unipress; 2012.

**La literatura científica**

Amris, K., Torp-Pedersen, S., & Rasmussen, O. V. (2009). Long-term consequences of falanga torture--what do we know and what do we need to know? *Torture, 19*(1), 33-40.

Basoglu, M. (2006). Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture. *BMJ, 333*(7581), 1230-1231. doi: 10.1136/bmj.39036.739236.43

Basoglu, M. (2009). A multivariate contextual analysis of torture and cruel, inhuman, and degrading treatments: implications for an evidence-based definition of torture. *Am J Orthopsychiatry, 79*(2), 135-145. doi: 10.1037/a0015681

Braga, L. L., Mello, M. F., & Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry, 12*, 134. doi: 10.1186/1471-244X-12-134

Byard, R. W., & Singh, B. (2012). Falanga torture: characteristic features and diagnostic issues. *Forensic Sci Med Pathol, 8*(3), 320-322. doi: 10.1007/s12024-011-9298-6

Elklit, A., Ostergard Kjaer, K., Lasgaard, M., & Palic, S. (2012). Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees. *Torture, 22*(1), 11-23.

Furtmayr, H., & Frewer, A. (2010). Documentation of torture and the Istanbul Protocol: applied medical ethics. *Med Health Care Philos, 13*(3), 279-286. doi: 10.1007/s11019-010-9248-1

Gangi, S., Talamo, A., & Ferracuti, S. (2009). The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors. *Violence Vict, 24*(5), 687-700.

Heisler, M., Moreno, A., DeMonner, S., Keller, A., & Iacopino, V. (2003). Assessment of torture and ill treatment of detainees in Mexico: attitudes and experiences of forensic physicians. *JAMA, 289*(16), 2135-2143. doi: 10.1001/jama.289.16.2135

Iacopino, V. (1996). Turkish physicians coerced to conceal systematic torture. *Lancet, 348*(9040), 1500. doi: 10.1016/S0140-6736(05)65892-8

Iacopino, V., Heisler, M., Pishevar, S., & Kirschner, R. H. (1996). Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in postdetention medical examinations in Turkey. *JAMA, 276*(5), 396-402.

Iacopino, V., Ozkalipci, O., & Schlar, C. (1999). The Istanbul Protocol: international standards for the effective investigation and documentation of torture and ill treatment. *Lancet, 354*(9184), 1117.

Kenny, M. A., Silove, D. M., & Steel, Z. (2004). Legal and ethical implications of medically enforced feeding of detained asylum seekers on hunger strike. *Med J Aust, 180*(5), 237-240.

Lustig, S. L., Kureshi, S., Delucchi, K. L., Iacopino, V., & Morse, S. C. (2008). Asylum grant rates following medical evaluations of maltreatment among political asylum applicants in the United States. *J Immigr Minor Health, 10*(1), 7-15. doi: 10.1007/s10903-007-9056-8

McColl, H., Higson-Smith, C., Gjerding, S., Omar, M. H., Rahman, B. A., Hamed, M., . . . Awad, Z. (2010). Rehabilitation of torture survivors in five countries: common themes and challenges. *Int J Ment Health Syst, 4*, 16. doi: 10.1186/1752-4458-4-16

McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcult Psychiatry, 49*(3-4), 539-567. doi: 10.1177/1363461512447608

Mollica, R. F., Lyoo, I. K., Chernoff, M. C., Bui, H. X., Lavelle, J., Yoon, S. J., . . . Renshaw, P. F. (2009). Brain structural abnormalities and mental health sequelae in South Vietnamese ex-political detainees who survived traumatic head injury and torture. *Arch Gen Psychiatry, 66*(11), 1221-1232. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.127

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2003). Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med, 57*(5), 775-781.

Moreno, A., & Grodin, M. A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord, 40*(5), 213-223. doi: 10.1038/sj.sc.3101284

Nowak, M., & McArthur, E. (2006). The distinction between torture and cruel, inhuman or degrading treatment. *Torture, 16*(3), 147-151.

Pope, K. S. (2012). Psychological assessment of torture survivors: Essential steps, avoidable errors, and helpful resources. *Int J Law Psychiatry, 35*(5-6), 418-426. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.09.017

Schubert, C. C., & Punamaki, R. L. (2011). Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender. *Nord J Psychiatry, 65*(3), 175-182. doi: 10.3109/08039488.2010.514943

Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis, 187*(4), 200-207.

Silove, D. M., & Rees, S. J. (2010). Interrogating the role of mental health professionals in assessing torture. *BMJ, 340*, c124. doi: 10.1136/bmj.c124

Stadtmauer, G. J., Singer, E., & Metalios, E. (2010). An analytical approach to clinical forensic evaluations of asylum seekers: the Healthright International Human Rights Clinic. *J Forensic Leg Med, 17*(1), 41-45. doi: 10.1016/j.jflm.2009.07.010

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 302*(5), 537-549. doi: 10.1001/jama.2009.1132

Tufan, A. E., Alkin, M., & Bosgelmez, S. (2012). Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nord J Psychiatry*. doi: 10.3109/08039488.2012.732113

Weinstein, H. M., Dansky, L., & Iacopino, V. (1996). Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med, 165*(3), 112-118.

Wenzel, T. (2007). Torture. *Curr Opin Psychiatry, 20*(5), 491-496. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282c3a5c1

Wenzel, T., Griengl, H., Stompe, T., Mirzaei, S., & Kieffer, W. (2000). Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology, 33*(6), 292-296. doi: 29160

Wenzel, T., Rushiti, F., Aghani, F., Diaconu, G., Maxhuni, B., & Zitterl, W. (2009). Suicidal ideation, post-traumatic stress and suicide statistics in Kosovo. An analysis five years after the war. Suicidal ideation in Kosovo. *Torture, 19*(3), 238-247.